



Løgn og statin

Sundhed og kolesterolsænkende mediciner set i et mediebruger- og patientperspektiv

Liisberg, Kasper Bering

Publication date:
2018

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Document license:
[CC BY-NC-ND](#)

Citation for published version (APA):
Liisberg, K. B. (2018). *Løgn og statin: Sundhed og kolesterolsænkende mediciner set i et mediebruger- og patientperspektiv*. Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.

Løgn og statin

Sundhed og kolesterolsænkende
mediciner set i et mediebruger- og
patientperspektiv

Indhold

1. Indledning og projektbeskrivelse	5
1.1 Hvorfor statiner og medier?	6
1.2 Forskningsspørgsmål	7
1.3 Interdisciplinaritet	9
1.4 Framing som strukturerende element	12
1.5 Effekt.....	17
1.6 Teoretiske tilgange	19
1.6.1 Sundhed og livsstil	19
1.6.2 Statiner	19
1.6.3 Medier og sundhed	20
1.6.4 Bourdieu, Giddens og Otto – rationalet bag	21
1.7 Terminologi.....	22
1.8 Læsevejledning	23
2. Metodiske tilgange	24
2.1 Indholdsanalyse – kvantitativt forløb	26
2.1.1 Sampling	27
2.1.2 Stikprøve.....	27
2.1.3 Kodning.....	32
2.1.4 Koderkonsensus og interkoderreliabilitet	36
2.1.5 Databehandling og kvantitativ analyse	39
2.2 Indholdsanalyse – kvalitativt forløb	40
2.2.1 Motivation for anvendelse af tekster til den kvalitative indholdsanalyse	43
2.3 Spørgeskemaet	44
2.3.1 Målsætning.....	44
2.3.2 Indledende udvikling af spørgeskemaundersøgelse	45
2.3.3 De medievidenskabelige spørgsmål i spørgeskemaet.....	46
2.3.4 Svardimensioner og -kategorier	48
2.3.5 Rekodning.....	48
2.3.6 Pilottests.....	50
2.3.7 Population, stikprøve og bortfald.....	50
2.3.8 Indsamling af data	50

2.3.9 Analyse af data	52
2.4 Det fokuserede begrebsinterview	54
2.4.1 Interviewtilgang.....	55
2.4.2 Interviewguide.....	56
2.4.3 Rekruttering – hvem og hvor mange ad gangen	59
2.4.4 Analytisk tilgang.....	62
3. Sundhed og livsstil	64
3.1 Tilgange til sundhed.....	64
3.2 Medikalisering	65
3.3 Individet og sundheden	66
3.3.1 Individet og sundheden: Sociale faktorer.....	66
3.3.2 Individet og sundheden: Kønnets til forskel	68
3.3.3 Individet og sundheden: Alderen til forskel	69
3.3.4 Individet og sundheden: Fedme, kost og motion.....	71
3.4 Individet og sundheden: Livsstil	73
3.4.1 Bourdieus nøglebegreber	74
3.4.2 Felt.....	75
3.4.3 Kapital.....	77
3.4.4 Habitus.....	78
3.4.5 Praksis.....	79
3.5 Bourdieu i en dansk optik.....	83
3.6 Sundhed som mål og middel	88
3.6.1 Idealtyper i relation til mål og middel	90
3.6.2 Mål, middel og livsstil	92
4. Statiner	95
4.1 Historik	95
4.2 Anbefalinger og statslige risikovurderinger.....	97
4.3 Bivirkninger	102
4.4 Adherence	104
4.5 Personlige risikovurderinger.....	105
4.6 Statiner og medier (Litteraturreview)	113
5. Medier og sundhed.....	119
5.1 Medialisering og sundhed	121

5.2 Patientroller i medierne	127
5.3 Motivation for fokus på de trykte nyhedsmedier	131
5.3.1 Aviserne i samplet	135
5.3.2 Ugebladene i samplet.....	139
6. Resultatanalyse.....	143
6.1 Indholdsanalyse kvantitativ.....	144
6.1.1 Generelle observationer og fordelinger	144
6.1.2 Anvendelse af kilder	145
6.1.3 Indholdsdimension	148
6.2 Indholdsanalyse kvalitativ	151
6.2.1 BT's sundhedsindhold – kvalitativ analyse	152
6.2.2 Politikens sundhedsindhold – kvalitativ analyse	155
6.2.3 Feminas sundhedsindhold – kvalitativ analyse	157
6.2.4 Ude og Hjemmes sundhedsindhold – kvalitativ analyse	160
6.2.5 Opsummering	164
6.3 Spørgeskemaanalyse	165
6.3.1 Sociodemografi: Køn, alder og uddannelse.....	165
6.3.1.1 Køn.....	165
6.3.1.2 Alder	167
6.3.1.3 Uddannelse.....	169
6.3.1.4 Sociodemografi i perspektiv	171
6.3.2 KRAM-faktorer.....	173
6.3.2.1 KRAM i perspektiv	174
6.3.3 Statinbrugere, forvirring og utryghed	176
6.3.3.1 Forvirring og utryghed i perspektiv	179
6.3.4 Søgeaktivitet.....	181
6.3.4.1 Søgeaktivitet i perspektiv	183
6.3.5 Opsummering	186
6.4 Interviewanalyse.....	188
6.4.1 Framing.....	189
6.4.2 Patientroller.....	192
6.4.2.1 Den medicinske autoritet	192
6.4.2.2 Patienten som forbruger	193

6.4.2.3 Manglende orientering mod sundhed	195
6.4.3 Søgning i medierne	198
6.4.4 Polariseret medieindhold	200
6.4.4.1 Positivt medieindhold.....	200
6.4.4.2 Neutralt medieindhold	201
6.4.4.3 Negativt medieindhold	203
6.4.5 Forvirring og utryghed	205
6.4.5.1 Forvirring	206
6.4.5.2 Utryghed.....	207
6.4.6 Gennemgående temaer.....	209
6.4.7 Opsummering	212
7. Konklusion og perspektivering	214
7.1 Metodiske tilgange og dertil knyttede resultater	214
7.2 De vigtigste fund	216
7.3 Teoretisk perspektivering.....	218
7.4 Tre idealtyper	222
7.5 Afsluttende bemærkninger	223
8. Resume og Abstract.....	225
8.1 Resumé	225
8.2 Abstract	225
9. Referencer	227
10. Bilag	
Bilag A: Diverse	
Bilag B: Indholdsanalyse	
Bilag C: Spørgeskemadata	
Bilag D: Interviewmateriale	
Bilag E: Interview, Uffe og Vivi	
Bilag F: Interview, Lennart, Ole og Leo	
Bilag G: Interview, Lene og Kim	
Bilag H: Interview, Karsten, Steffen, Dorit, Frederik og Ghita	
Bilag I: Interview, Karl og Inger	

1. Indledning og projektbeskrivelse

*Det er alt for isoleret. Det er ligesom at se ud af vinduet, når man ser, at der er lyst.
Der er sådan en lille sprække, og så er der lyst, og så siger man: Det er en dejlig dag!
Jamen der skal mere til! Der skal et helt vindue til for at se, der er ingen skyer på
himlen, og ved at kigge gennem nøglehullet kan man ikke sige, om det er godt vejr.
Og i sådan nogle artikler refererer de tit til en enkeltstående artikel
– der skal flere artikler til!*

(Uffe, statinbruger, bilag E: 27¹)

Da forarbejdet til denne afhandling begyndte, var der kun publiceret én enkelt artikel om sammenhængen mellem mediernes indhold og brugen af statiner. Siden er mængden af artikler om netop dette emne tidoblet. Alligevel synes Uffes indsigelse om den manglende indsigt på statinfeltet at være meget rammende. De enkelte videnskabelige artikler, der er blevet udgivet og løbende udgives, løfter kun en meget lille flig af det kæmpe kompleks, der gemmer sig bag statinsløret. Dette projekts formål er at kaste lys over de forskellige problemstillinger, omtalen i mediernes og brugen af kolesterolsænkende mediciner omfatter. Således vil denne afhandling være det til dato mest ambitiøse og omfattende værk, når der fokuseres på forholdet mellem mediernes indhold og statinbrugernes holdninger og adfærd i relation til egen livssituation og til statinrelateret medieindhold i særdeleshed.

Hvor 90% af forskningsartiklerne på feltet udelukkende har fokuseret på relationen mellem medieindhold og antallet af indløste og genindløste statinrecepter, vil dette værk først gå i dybden med det specifikke medieindhold på statinområdet. Derefter vil den danske befolknings forhold til mediernes og deres indhold nøje blive gransket. Afslutningsvis vil der blive stillet skarpt på den gruppe, der påvirkes mest af mediernes information om kolesterolsænkende medicin – statinbrugerne.

I relation til Uffes metafor vil denne afhandling forsøge at være et vindue ud til statinverdenen, og hvis ikke et panoramavindue, så i hvert fald et stort stuevindue. Det må derefter være op til Uffe og de andre statinbrugere at afgøre, om vejret er solrigt, eller om skyerne er i overtal.

Afhandlingen er en del af det store interdisciplinære forskningsprojekt LIFESTAT². Projektet er støttet af midler fra Københavns Universitets 2016-pulje og omfatter foruden Medievidenskab disciplinerne Biomedicin, Cellulær og Molekylær Medicin, Folkesundhedsvidenskab og Antropologi. Projektets mål, som det er beskrevet i ansøgningen om fondsmidler, er at undersøge de biologiske konsekvenser af statinbrug og måden, hvorpå et liv med kolesterolsænkende medicin leves, samt afdække befolkningens perception af mediernes indflydelse på feltet (bilag A1). Den sidstnævnte problemstilling er orienteret mod en medievidenskabelig forklaringsramme, mens de to andre henholdsvis er medicin- og socialvidenskabelig. Det medievidenskabelige fokus er beskrevet særskilt som mål nummer 2 og omfatter følgende problemstilling: *Hvordan påvirker forskellige former for medieomtale af statiner den enkeltes oplevelse af sig selv som patient? En omfattende analyse af avisartikler m.v. vil blive sammenholdt med resultater fra spørgeskemaundersøgelser og interviews*³.

En detaljeret målsætning med LIFESTAT-projektet og den medievidenskabelige tilgang fremgår af fondsansøgningen (bilag A1). De enkelte delmål beskrevet her er for flere delprojekters vedkommende siden blevet revideret og ændret i forhold til indhold og fokus. Det gælder blandt andet det medievidenskabelige formål, hvorfor den følgende redegørelse for problemstillingen i dette værk vil afvige

¹ Af hensyn til læsevenligheden er der blevet fjernet en række *jamen'er*.

² LIFESTAT er et akronym for titlen: Living with Statins – High Cholesterol values in the blood: A Social, Medical and Personal Perspective.

³Kilde: <http://lifestat.ku.dk/om-lifestat1/>

for de i ansøgningen opstillede mål. Den korte og opdaterede beskrivelse, der stammer fra LIFESTATs hjemmeside, er derfor den mest korrekte i forhold til afhandlingens fokus. Overordnet imødekommer hele LIFESTAT-projektet i forhold til tidligere forskningsprojekter Uffes ønske om mere end én artikel og forsøger samlet at afdække en lang række forskellige problemstillinger via sin interdisciplinære tilgang. I Uffes billede må hele LIFESTAT anses for at være et panoramavindue.

1.1 Hvorfor statiner og medier?

Spørgsmålet er, hvorfor forholdet mellem et relativt ukendt medicinalprodukt, mediernes sundhedsindhold og brugerne af dette produkt overhovedet er værd at beskæftige sig med i et forskningsmæssigt perspektiv? Er det muligt at opstille et korrekthedskriterium for umiddelbare iagttagelser, hvor det er muligt at redegøre for, om problemstillingen er værd at spille intellektuel energi på (Hansen og Andersen 2009: 17)?

Det umiddelbare svar er ikke overraskende – ja. Alene i Danmark tager mere end 600.000 danskere på daglig basis statiner, og tallet er voksende (Sundhedsdatastyrelsen 2015: 1). Det svarer til, at 12% af den samlede befolkning tager kolesterolsænkende medicin, og blandt visse grupper af ældre mænd er andelen af statinbrugere oppe på 40% (Sundhedsdatastyrelsen 2015: 2). Det øgede brug af kolesterolsænkende medicin er et godt eksempel på tendensen til en medikalisering, hvor stadigt flere af menneskelivets processer og stadier forklares inden for en (bio)medicinsk forklaringsramme (Hvas 1999: 5784). På statinfeltet kommer begrebet tydeligst til udtryk i de medicinske anbefalinger for, hvornår statiner skal udskrives. 80% af Danmarks befolkning ligger over de anbefalede grænseværdier og burde derfor tage statiner for at nedbringe niveauet af kolesterol i blodet⁴. Alene dette næsten absurd høje antal danskere udenfor "normalområdet" er argument nok til at foretage en folkesundhedsvidenskabelig og medicinsk undersøgelse af feltet.

Set i et medievidenskabeligt perspektiv forholder det sig sådan, at en målgruppe på 600.000 personer udgør en særdeles attraktiv andel af det danske publikum. Reklamekanalen TV2's mest sete tv-program i en normal uge ligger på omkring samme niveau for antallet af seere⁵. Statinbrugerne er desuden et købestærkt publikum, der meget ofte er i en alder, hvor de ikke længere har hjemmeboende børn, og de har derfor ofte et betydeligt økonomisk råderum. Den typiske statinbruger er 68 år (egne tal – bilag C4.1). I en mediekommerciel sammenhæng er gruppen derfor absolut interessant, specielt set i lyset af den voksende medialisering, hvor medierne har et stadigt stigende fokus på at servicere bestemte segmenter (Hjarvard 2009: 18). Her er medicin og sundhed et af de emneområder, som medierne i stigende grad inddrager i produktionen af indhold i forsøget på at ramme deres eget publikum. I september 2000 bragte BT og Ekstra Bladet sammenlagt 38 sundhedsartikler. I september 2010 var antallet vokset til 93⁶. Det er to en halv gange flere artikler på 10 år. På statinområdet finder man en lignende udvikling illustreret i tabel 1:

Antal artikler der omtaler statiner eller kolesterolsænkende medicin, bragt i danske medier i perioden 2000-2016

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
37	63	68	128	241	164	208	303	382	415	253	331	542	605	355	294	362

Kilde: Infomedia

Tabel 1

Siden år 2000 og frem til 2016 er der trods årlige variationer i antallet af artikler sket en næsten tidobling af statinrelateret indhold i medierne. Ud fra rationale i medialiseringsteorien og med tanke på den øgede markedsorientering er indholdet af sundhed og statiner i medierne vokset, fordi emnet har en stor publikumsinteresse.

⁴ Kilde: <https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/rekommandationsliste/oversigt/hjerte-og-kar/lipidsaenkende-laegemidler>

⁵ I Uge 24 i 2017 tiltrak TV2's mest sete program Operation X 567.000 seere.

Kilde: http://tvm.gallup.dk/tvm/pm/2017/pm1724_Consolidated.htm

⁶ Kilde: Dagens Medicin <http://dagensmedicin.dk/sundhedsstof-fylder-mere-og-mere-i-medierne/>

I en medievidenskabelig kontekst er der derfor tale om, at en undersøgelse af feltet omkring statiner og medier synes yderst relevant, både af hensyn til den store og stadig voksende gruppe af statinbrugere, men også ud fra den hastige forøgelse af medieudbuddet på sundheds- og statinfeltet. Da den begrænsede teoretiske og empiriske viden på området desuden primært beskæftiger sig med, om statinbrugerne fornyer deres recepter, er der behov for at få en mere dybdegående og nuanceret viden om denne gruppe patienter.

Den medievidenskabelige tilgang, beskrevet som mål nummer 2 i forhold til LIFESTAT-projektet, synes derfor at være velunderbygget og operationaliserbar i form af både en kvantitativ og en kvalitativ tilgang ud fra ønsket om at skabe forståelse for individets oplevelse af sig selv som statinbruger og mediernes medvirken til denne proces.

Samspillet mellem individ og medie kan beskrives på makroplan i forhold til samfundet og en næsten uendelig række af medieplatforme, eller det kan beskrives på mikroplan ud fra det enkelte individ og dets foretrukne medier. Afhandlingens metodedesign gør, at empiriindsamling og teoridannelse vil være en pendulering mellem de to tilgange. Et godt eksempel på, hvordan denne tvedelte tilgang fungerer i praksis, kan illustreres gennem statinbrugernes oplevelse af framingen af kolesterolsænkende medicin i medierne. Oplevelsen af denne framing er blandt andet baseret på mange individuelle faktorer som alder, køn, uddannelse, livsstil og mediepræferencer, holdning og bivirkninger. Alt sammen parametre, der kan spørges ind til via de to tilgange. Hvor de kvantitative resultater foreligger i form af tal og tendenser, der vil blive analyseret ud fra statistiske principper, vil den kvalitative tilgang være baseret på tekstlige manifestationer, der er mulige at granske i forhold til deres sproglige indhold. På makroplan vil det derfor være muligt at analysere de overordnede sammenhænge mellem mediernes framing og de personlige parametre for store grupper af befolkningen, uden dog at få kvalificeret årsagen bag disse tendenser. På mikroniveau er det muligt at kvalificere disse tendenser og derved få udvidet forståelsen for, hvordan de personlige karakteristika og præferencer påvirker opfattelsen af mediernes framing af statiner. Det er dog ikke muligt at afgøre den overordnede repræsentativitet af denne kvalificering. Penduleringen er på denne vis med til gensidigt at underbygge de fundne observationer og dermed validere de endelige resultater af undersøgelsen af forholdet mellem mediernes indhold og statinbrugernes oplevelse af deres personlige situation. En uddybelse af metodevalg og en kombination af disse vil fremgå af metodeafsnittet.

1.2 Forskningsspørgsmål

Afhandlingens formål er at bidrage til en teoretisk og empirisk uddybelse af forståelsen af samspillet mellem fremstillingen af statiner i medierne og statinbrugernes opfattelse af denne fremstilling. Afhandlingen er teoretisk femfoldigt perspektiveret i forhold til sundhed som begreb, livsstil som strukturerende livsførelse, statiner som forebyggende medicin, statinbrugerne som patientgruppe og medierne, som skaber og udbyder af information. Afhandlingen leverer med dette udgangspunkt en række empiriske analyser i en pendulering mellem samfunds- og individniveau med det sigte at identificere mediernes betydning for statinbrugernes personlige identitetsarbejde i forbindelse med egen diagnose.

For at løfte denne opgave betjener afhandlingen sig af en grundig redegørelse for sundhed, livsstil, statiner og statinbrugerne, der munder ud i et litteraturreview af medie- og statinfeltet for en endelig placering af afhandlingen i en medievidenskabelig kontekst. Der vil løbende blive inddraget statistisk materiale fra tidligere undersøgelser og offentlige registre samt rapporter fra danske og udenlandske myndigheder. Alt sammen i forsøget på at udvide forståelseshorisonten på området.

For at præcisere afhandlingens genstandsfelt vil der blive foretaget følgende afgrænsninger: For det første vil der blive fokuseret på de traditionelle analoge medier og i særdeleshed på de trykte. Det sker, som den senere motivering vil belyse, grundet målgruppepræferencer og medievidenskabelige traditioner. Der vil derfor i teorianvendelsen blive fokuseret på denne medietype, og de moderne digitale medier vil blive omtalt, men ikke inddraget i nævneværdig grad. For det andet vil der ikke blive fokuseret på, hvorledes

mediernes budskab i relation til diffusionsteorien udbredes fra forsker til den brede befolkning (Rogers 1962). For det tredje vil forholdet mellem medieindhold og journalister ikke blive inddraget. Den mediepåvirkning, journalister selv udsættes for, og som påvirker deres arbejdsproces, vil ikke blive genstand for en teoretisk redegørelse eller analyse.

I stedet vil afhandlingen anvende en bred vifte af analysetilgange, hvoraf den ene er delt i en kvantitativ og en kvalitativ tilgang.

Afhandlingens empiriske tilgange
<p>En kvantitativ og en kvalitativ indholdsanalyse (N=623)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den kvantitative indholdsanalyse er baseret på artikler omhandlende statiner og sund livsstil, bragt i to danske aviser og to magasiner. Analysen vil fokusere på de overordnede sammenhænge i det samlede artikel univers. • Den kvalitative indholdsanalyse vil være fokuseret på udvalgte artikler, der perspektiverer fundene i den første del af undersøgelsen og den generelle teoridannelse på mediefeltet. Statiner og sundhed generelt vil blive prioriteret i nævnte rækkefølge.
<p>Et nationalt spørgeskema (N=3050)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Med fokus generelt på den danske befolkning og statinbrugerne i særdeleshed vil undersøgelsen fokusere på personlig demografi, livsstil i forhold til bivirkninger, sundheds- og medievaner samt holdninger til mediernes indhold.
<p>En interviewundersøgelse (N=14)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fem fokuserede gruppeinterviews foretaget blandt statinbrugere fordelt i grupper á mellem to og fem personer vil tjene til en perspektivering af resultaterne af de to første tilgange og yderligere kvalificere de samlede konklusioner. Informanterne er alle i alderen mellem 54 og 74 år og rekrutteret via spørgeskemaet.

Tabel 2

I praksis er disse metoder i relation til deres paradigmatiske tilgang og videnskabelige oprindelse meget forskellige af natur. Den kvantitative indholdsanalyse anses som positivistisk og bliver oftest beskrevet som værende udsprunget inden for kommunikationsforskningen. Formålet er at give et systematisk overblik over et bestemt felt af budskaber (Eskjær og Helles 2015: 10). Den kvalitative indholdsanalyse er med sit udgangspunkt i hermeneutikken derimod inspireret af den litterære tekstanalytiske tradition og skaber løbende indsigt og fortolkningsmuligheder af tekster i deres helhed (Hjarvard 1997: 64).

Den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse udspringer af en positivistisk tradition inden for socialvidenskaberne og anvendes humanvidenskabeligt i forbindelse med mediesociologien. Perspektivet er her at afdække sammenhænge mellem et mindre antal kendetegn blandt mange undersøgelsesenheder (Hansen og Andersen 2009: 22).

Interviewundersøgelsen er epistemologisk tværdelt, da den i sin beskrivelse af livsverdener som udgangspunkt er fænomenologisk og i sin tolkning af tekstens mening er hermeneutisk (Kvale og Brinkmann 2009: 27). Interviewet har sin oprindelse inden for de sociale videnskaber, men har også vundet stor udbredelse inden for medieforskningen, hvor den ikke mindst finder anvendelse i forbindelse med receptionsanalysen, der har til formål at afdække, hvordan bestemte publikumsgrupper oplever og fortolker mediernes indhold (Jensen 2008: 156).

Den brede vifte af tilgange udspringer som nævnt af de i LIFESTAT-projektet beskrevne formål og bunder i et ønske om at besvare den medievidenskabelige del af den samlede interdisciplinære problemstilling. At

projektet er interdisciplinært forankret, betyder, at det indledningsvis er nødvendigt at tilvejebringe en forståelse for de fordele og udfordringer, som denne interdisciplinaritet har fordret, og derfor er næste afsnit en kort gennemgang af disse.

1.3 Interdisciplinaritet

LIFESTAT-projektet benytter metoder og viden fra sundhedsvidenskab, humaniora og samfundsvidenskab. De enkelte discipliner bidrager i relation til deres respektive forskningsområder til det samlede resultat.

Interdisciplinarity, in the strict sense, points to a framework shared across disciplines to which each contributes its bit.

(Strathern 2007: 124)

I Stratherns optik er kernen i det interdisciplinære arbejde en fælles ramme, inden for hvilken de enkelte videnskaber bidrager med hver deres brik til det samlede puslespil. Dette værk, samt en række interdisciplinære artikler skrevet inden for LIFESTAT-projektets rammer, udgør på den vis den medievidenskabelige brik, der medvirker til en samlet forståelse for brugen af statiner.

Sammenstyknin g af viden ser Strathern som en naturlig videnskabelig udvikling, som sker i takt med, at andre sociale og samfundsmæssige barrierer nedbrydes. I håbet om at opnå dybere indsigt og skabe nye teoretiske modeller redefinerer interdisciplinariten faggrænserne for de implicerede forskningsretninger (Strathern 2007: 124). Det sker ved, at grænseoverskridende forskningsobjekter bliver bærere af forskellige meninger fra forskellige sociale verdener og samtidig besidder nok fælles mening til at kunne oversættes på tværs af disse sociale verdener (Strathern 2007: 131). I dette tilfælde er statiner underlagt forskellige forskningsmæssige forståelser, men også et fælles forskningsmæssigt potentiale, fordi feltet har en bred forståelsesramme. Der er i LIFESTAT-regi en overordnet konsensus om tilgangen til feltet, hvilket medvirker til, at der på tværs af forskningsretningerne findes et fælles sprog, som udgør den verbale platform for samarbejdet.

Et samarbejde som Tsatsou ikke kun definerer sprogligt:

... 'working together' should adopt and apply the idea of immersing oneself in the language(s), practices, methodologies and epistemologies of other disciplines, with the aim being either to enrich one's own research with previously unknown research ideas and practices or to influence other disciplines with one's own research principles, approaches and so on.

(Tsatsou 2016: 653)

Interdisciplinaritet rummer med andre ord også muligheden for fordybelse i metodiske og epistemologiske praksisser med det formål at berige egne eller andres videnskabelige arbejde.

Der er dog ikke tale om, at denne berigelse sker uden komplikationer. Prainsack et al. (2010) opridser i forbindelse med et dansk/engelsk samarbejde mellem biomedicin og samfundsvidenskab en række udfordringer. Her påpeges det, at der blandt biomedicinere er en naturlig forståelse af, at de eksperimenterende videnskaber har forrang frem for de kvalitative metoder. En forrang der begrundes med, at de sidstnævnte metoder lider under manglende validitet (Prainsack et al. 2010: 279). Denne tvivl på metodisk og epistemologisk gyldighed af andre forskningsretningers tilgang og resultater medfører ifølge Albert et al. (2015), at specielt det medicinske forskningsfelt er svært at tilgå for andre forskere i en interdisciplinær sammenhæng. Pointen hos Alberts et al. er, at det er svært at begå sig på det medicinske felt, hvis man som forsker vil skifte forskningsdomæne og ikke blot samarbejde på tværs af domæner. Tilbage står dog de eksperimenterende videnskabers forrang, som i LIFESTAT-regi også har været præsent omend på et latent og overfladisk niveau. Der har højst været tale om et løftet øjenbryn, et lille smil eller en humoristisk bemærkning. Bemærkninger som oftest blot var en konstatering af netop epistemologiske

forskelligheder og ment som kærligt drilleri. Udtryk som "min fænomenologiske ven" sagt med et glimt i øjet virkede ikke på nogen måde stødende, og de kække bemærkninger kom fra alle videnskabelige retninger. I undertegnedes optik var den uformelle omgangstone og de kærlige bemærkninger, udover statin, et fælles sprog, der udviklede sig henover forskningsperioden, og som var med til at danne kimen til et frugtbart og tillidsfuldt samarbejde.

Den uformelle omgangstone og tillid til andre forskningsretninger blev også en af løsningerne på den største interdisciplinære udfordring, der opstod under valideringen af survey-undersøgelsens spørgsmål. Survey-instrumenterne SF12 og IPAQ anses for at være anbefalelsesværdige og højt anvendelige i tilgangen til formulering og validering af spørgsmål. De beskrives af Maindal (2003: 27) som typisk for sundhedsvidenskabelige spørgeskemaer, da de er med til at sikre, at svarene er sammenlignelige med andre tidligere undersøgelser. Det nævnes desuden, at spørgsmålene kan være svære at tilpasse, hvis de ikke er udviklet specifikt til formålet. Det viste sig også at være tilfældet i denne sammenhæng, hvor tilpasningen blev optimeret ved brug af pilottests.

I kontrast til denne validerede tilgang står den eksplorative og selvudviklende tilgang, som anvendes inden for medieforskningen. En tilgang inspireret af de sociale videnskaber (Gunter 2002: 209), og som blandt andre Bryman (2012) samt Hansen og Andersen (2009) tager for givet på dette felt.

Derfor opstod der tidligt i forløbet et skisma mellem anvendeligheden af validerede spørgsmål og eksplorative ditto, hvor antropologiens og folkesundhedsvidenskabens insisteren på anvendelse af prevaliderede spørgsmål og medievidenskabens fastholden på nødvendigheden af at kunne formulere egne spørgsmål kunne synes uløselig. Den gordiske knude blev imidlertid løst gennem en åben dialog, der skabte den nødvendige indsigt i de andre traditioners paradigmer. Medievidenskabeligt udvikledes således eksplorativt anvendelige spørgsmål, under hensyntagen til de to andre videnskabers behov for at benytte allerede testede spørgsmål og svarkategorier.

Set retrospektivt var det en balancegang, som lykkedes godt. Via en uformel omgangstone, tillid til andres faglighed, en lang række kompromiser samt omfattende pilotundersøgelser (se metodeafsnittet) lykkedes det at få udviklet det store nationale survey med mere end 200 spørgsmål, som endte med at blive det største samlende interdisciplinære forskningsobjekt i LIFESTAT-regi.

Kreps og Maibach (2008) beskriver, hvordan kommunikationsforskning og herunder også medievidenskabelige tilgange sammen med folkesundhedsvidenskabens gennem den seneste dekade har oparbejdet et frugtbart interdisciplinært samarbejde i samme dialogvillige og lydhøre ånd. De beskriver på følgende vis den nytte, et sådant samarbejde kan have:

Ideally, public health communication research will help identify appropriate sources of relevant health information that are available to consumers, gather data from consumers about the kinds of challenges and constraints they face within the modern health care system, as well as develop and field-test educational and media programs for enhancing consumers' health literacy.

(Kreps og Maibach 2008: 741-742)

Selvom citatet beskriver den ideelle verden, lever LIFESTAT-projektets spørgeskemaundersøgelse klart op til flere af disse idealbetingelser. Det gælder bl.a. muligheden for via spørgeskemaet at identificere de informationskilder og udfordringer omkring sundhedssystemet, som borgerne møder i deres hverdag. Forsøget på at udvikle medieværktøjer til forbedring af borgerens generelle sundhedsviden vil være en sidegevinst i forbindelse med nærværende projekt. Det skete ved afslutningen på LIFESTAT, hvor alle involverede videnskaber sammen udarbejdede en avis indeholdende de vigtigste forskningsresultater. Avisen blev siden distribueret til de praktiserende læger med henblik på oplysning af patienter og læger. Inden for området kolesterol og statiner er LIFESTATs resultater fra spørgeskemaundersøgelsen meget anvendelige, og det er kun undervisningsværktøjer som nævnt af Kreps og Maibach, der ikke specifikt

fokuseres på i forsøget på at forstå og øge borgernes sundhedsviden. Det skal dog tilføjes, at undertegnede ved flere lejligheder har undervist på både BA- og KA-niveau i udarbejdelsen af spørgeskemaet og i en perspektivering af de efterfølgende resultater.

LIFESTAT-spørgeskemaundersøgelsens mangfoldige anvendelsesmuligheder bliver bekræftet af, at spørgeskemametoden i samme artikel bliver fremhævet som værende et særdeles godt interdisciplinært redskab.

Specielt kommunikationsvidenskaben kan drage fordel af at benytte longitudinale og omfattende nationale surveys (Krebs og Maibach 2008: 740), hvilket i særdeleshed er gældende i nærværende undersøgelse, hvor omfanget af respondenter på 3000+ er meget højt i en medievidenskabelig sammenhæng.

Set i et rent fagligt perspektiv, er der ingen tvivl om, at det interdisciplinære samarbejde har været frugtbart og meget givende, om end der i et mere personligt videnskabeligt og epistemologisk perspektiv har været en del udfordringer undervejs. For selvom arbejdet har været forankret i et medievidenskabeligt udgangspunkt, så har påvirkninger fra de sociale- og sundhedsvidenskabelige fagretninger været meget tydelige. Lau og Pasquini (2004: 59-62) omtaler flere faglige faldgruber, som kan være hæmmende for interdisciplinære ph.d.-afhandlinger. Tre af disse faldgruber har i indeværende projekt været aktuelle og vil derfor blive beskrevet. Det drejer sig om følgende:

- Manglende mulighed for sparring inden for eget fakultet
- Faren for videnskabelig udvanding
- To projekter i ét.

Den manglende mulighed for sparring skyldes primært det store kvantitative talmateriale, som blev genereret i henholdsvis indholdsanalysen og survey-undersøgelsen. For at tillempe adgangen til de statistiske data ved brug af SPSS korrekt var det nødvendigt at følge ph.d.-kurser, som blev udbudt uden for fakultetet, og hvis forankring ikke var humanistisk. Meget ofte var øvelser og eksempler langt fra genkendelige på disse kurser. Desuden var appliceringen af Krippendorffs alpha i forbindelse med udførelse af en interkoderreliabilitetstest ikke et anliggende, som kunne drøftes i forskningsmæssige sammenhænge, da ingen kolleger havde den fornødne indsigt til at udrede de aktuelle problemstillinger. Derfor har det et langt stykke hen ad vejen været et til tider ensomt og møjsommeligt arbejde at analysere og validere afhandlingens mange kvantitative data.

Underliggende har der gennem hele projektet været en latent fare for, at afhandlingen skulle blive udvandet i forhold til det medievidenskabelige kernefokus. Selvom brugen af samfundsvidenskabelig teoridannelse er udbredt inden for humaniora, er det en udfordrende balance at arbejde medievidenskabeligt, når det desuden er nødvendigt at trække på forklaringsrammer fra sundhedsvidenskaben. Alene beskrivelser af sproglige begreber som *adherence* og *grænseværdier* er, som det senere vil fremgå, omfattende og pladskrævende og stjæler anslag og ressourcer fra det primære medievidenskabelige fokus. Det er med andre ord nødvendigt at vægte indholdet nøje for ikke at få videnskabelig slagside. Lau og Pasquini (2004: 60) beskriver, at faren for at falde mellem to stole er overhængende, når der er tale om interdisciplinære afhandlinger. I indeværende projekt er der måske i realiteten tale om tre stole i form af medicin-, samfunds- og medievidenskab.

Faren for udvanding og manglende sparring gør, at projektet bliver ressourcekrævende og tidskonsumerende, hvilket medfører, at selvom der i teorien er tale om ét projekt, så er det ikke altid sådan, det ender i praksis. Lau og Pasquini udtrykker det således:

*It's like doing more than one job, two halves always add up to more than a whole...
... it's much harder to work with a foot in both camps, rather than just in one,
because there is a minimum level of skills and competence that you need to acquire,
in both camps ...*

En af de ting, som Lau og Pasquini omtaler som hårdt arbejde i forbindelse med at opnå et minimum af kompetencer, er tilegnelsen af den nødvendige sproglige forståelse. Specielt på det sundhedsvidenskabelige felt har det i dette projekt været udfordrende at læse medicinske tekster med udbredt brug af forkortelser eller indforståede termer som *MHLC-PO* og *locus of control*. Samtidig har den tredelte metodiske tilgang i projektet og de interdisciplinære udfordringer i relation til udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelsen været ressourcekrævende og ofte mere omfangsrig, fordi det netop skete inden for en interdisciplinær ramme.

Stillet over for hinanden er det dog evident, at det givende samarbejde i LIFESTAT-gruppen langt opvejer de faldgruber, som er nævnt ovenfor. Alene de månedlige møder, som løbende blev afholdt projektet igennem, var en guldgrube af information og faglig sparring, om end ikke statistisk, så på områder som ingen inden for rene medievidenskab-projekter vil kunne få tilgang til. Det interdisciplinære arbejde har klart været positivt for afhandlingens medievidenskabelige fokus.

1.4 Framing som strukturerende element

Afhandlingens bærende medievidenskabelige tilgang er den amerikanske *framing-teori* (Entman: 1993). Her skelnes normalt mellem en psykologisk og en sociologisk tilgang (Hjarvard 2015: 106). Det vil i lighed med afhandlingens mediesociologiske vinkel være den sociologiske forståelse af begrebet, der anvendes i denne sammenhæng.

Den sociologiske gren af framing-teorien finder inspiration i Erving Goffmans værk *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience* fra 1974⁷, men bliver først for alvor formuleret i en medievidenskabelig kontekst af Robert M. Entman i 1993⁸ i *Journal of Communication*. Hjarvard beskriver artiklens betydning for framing-begrebet på følgende vis:

Begrebet har især vundet udbredelse inden for analyse af politisk kommunikation og journalistisk nyhedsformidling, men har også vist sig brugbart inden for andre genrer. Artiklens fortjeneste er, at den formår at definere framing på en kort og koncis måde og samtidig placere begrebet i en bredere kommunikationsmæssig kontekst.

(Hjarvard 2015: 104)

Omdrejningspunktet for dette projekt er netop en undersøgelse af medierne og den journalistiske nyhedsformidling. Idet det undersøges, hvilken betydning framing af sundhed og kolesterolsænkende medicin har for statinbrugerne på både det personlige og samfundsmæssige plan. Entman understreger, at frames optræder på alle niveauer i en kommunikationsproces; hos afsender, i teksten, hos modtageren og i samfundet generelt (Entman: 1993). Derfor vil framing-teorien strukturerende kunne understøtte alle analyseaspekter af dette projekts multifacetterede empiriske og teoretiske tilgang.

Framing-teorien er dog ikke eneste bud på mediernes betydning for individuel og kollektiv opinionsdannelse, idet den klassiske agenda-setting-teori også adresserer samme tema. Dagsordensætning beskriver, hvordan medierne sætter dagsorden – ikke for hvad modtageren skal mene, men hvad modtageren skal mene noget om (McCombs og Shaw: 1972). Dette udgør dagsordensætning på første niveau, mens en fremhævnings og framing af bestemte emner udgør dagsordensætningens andet niveau. Når både emne og argument fremhæves og dermed framer en bestemt måde at anskue en tekst på, tales der om dagsordensætning på tredje niveau (Hjarvard 2015: 110). Framing-begrebet tager på denne vis sit udgangspunkt i agenda-setting-teorien og bygger videre på den.

⁷ Artiklen er ikke en del af denne afhandlings teoridannelse og er derfor ikke anført i referencelisten.

⁸ Oversat til dansk af Sitg Hjarvard og bragt i *Mediekultur* 58 i 2015.

Som det centrale ved tredje niveau og dermed framing-teorien er fremhævelsen af bestemte tekstelementer. Entman forklarer:

Grundlæggende set involverer framing udvælgelse og fremhævnings. At frame består i at udvælge nogle aspekter af erfaringsverdenen og fremhæve dem i en kommunikativ tekst på en sådan måde, at der ansøges til en bestemt definition af problemet, fortolkning af årsager, moralsk evaluering og/eller anbefaling af (be)handling for det pågældende tilfælde. Det typiske er, at frames stiller en diagnose, evaluerer og foreskriver ...

(Entman 2015: 116)

Interessant i denne sammenhæng er anvendelsen af en medicinsk metafor i den opsummerende beskrivelse af framing som et udtryk for, at den enkelte ramme diagnosticerer, evaluerer og foreskriver løsningen på et problem. Hjarvard definerer med udgangspunkt i denne beskrivelse framings betydningsmæssige funktioner:

... en bestemt definition af problemet, en fortolkning af årsager, en moralsk evaluering og en anbefaling af, hvordan problemet skal behandles. Ikke alle fire betydningsmæssige funktioner behøver at være til stede i den enkelte frame, og de kan hver især være mere eller mindre eksplicitte i teksten.

(Hjarvard 2015: 104)

Fordelen ved denne definition er, at begrebet bliver mere operationaliserbart og dermed nemmere at analysere en bestemt medietekst på baggrund af.

Selvom framing-teorien forsøger at beskrive, hvordan et problem ved at blive fremhævet på en bestemt måde bemærkes, forstås og huskes af majoriteten af modtagerne, og dermed hvordan de anskuer og handler på problemet, er der ingen garanti for en generel og universel effekt (Entman 2015: 118). Således fremhæver Chong og Druckman, at effekten af en frame afgøres af modtagerens forudgående holdning til problemet, argumentets styrke og intensiteten af framen. Med intensitet menes antallet af gange, en bestemt framing gentages (Chong & Druckman 2007). Der er med andre ord ingen en-til-en sammenhæng mellem forskerens identifikation af bestemte frames og så en påvirkning af modtageren (Entman 2015: 118). Det synes dog at være sandsynligt, at ingen eller ringe viden om en problemstilling har betydning for fortolkningen af en frame, idet manglende alternative frames vil være determinerende for en afkodning (Entman 2015: 118).

Hvor David Hall (1973) entydigt taler om den *dominerende* afkodning, som defineret af forskeren og til forhandling hos publikum, understreger Entman publikums autonomi. Her er det centrale ikke forskerens blik, men en syntese mellem publikums opfattelse og forskerens blik:

Ud fra et framingperspektiv består den dominerende betydning af de fortolkninger af problemets definition, årsager, evalueringer og handlingsanvisninger, som har den største sandsynlighed for at blive bemærket, bearbejdet og accepteret af flest mennesker. At identificere en betydning som dominerende eller foretrukket er at pege på en bestemt framing af situationen, som finder størst støtte i teksten og er kongruent med de mest gængse skemata blandt publikum.

(Entman 2015: 120)

Framing-forskningen er derfor ikke en ensidig indholdsanalyse, hvor et tekstapparat blot identificeres for dets indhold af positive eller negative udsagn. Det er nødvendigt at kombinere tekstanalysen med interview af publikum.

Desværre er Entman ikke specifik i sin metodiske beskrivelse af, hvordan forskeren rent praktisk indsamler sin empiri. Entman nævner blot, at framing skal fokusere på de fremhævede tekstdele, og at der med fordel kan benyttes en interviewguide til anvendelse i fokusgruppeinterview. Derfor beskriver Hjarvard også, hvordan den kritiske diskursanalyse, som beskrevet hos blandt andet Fairclough (1995), kan anvendes på samme niveau som framing-teorien. Det skyldes, at Entmans tilgang også er kritisk, idet det påpeges, at tekster ikke er neutrale gengivelser af virkeligheden, men udtryk for, at bestemte opinionsdannere ønsker at gøre deres indflydelse gældende (Hjarvard 2015: 111). Fordelen ved diskursanalysen er, at den foruden en teoretisk forankring i kultur- og samfundsteori også har en praktisk dimension i form af en metodisk tilgang – altså blandt andet en beskrivelse af, hvordan den kvalitative indholdsanalyse bedrives i praksis. Den manglende beskrivelse af, hvordan en framinganalyse udføres i praksis, betyder derfor, at en diskursanalytisk tilgang vil blive anvendt i forbindelse med den kvalitative del af afhandlingens indholdsanalyse.

Den brede framing-teoretiske tilgang til afsender, tekst, modtager og samfund, som Entman beskriver, supplerer Scheufele (1999: 115) med en flerdimensionel typologisk procesmodel, idet han anskuer framingen som enten medieorienteret (afsender) eller individorienteret (modtager). Samtidig kan framingen anskues som enten afhængig eller uafhængig variabel. Framing som afhængig variabel undersøger årsager og faktorer bag framingen. På medieniveau kan det være at undersøge, hvilken betydning journalistiske redskaber som relevanskriterier, brug af kilder og arbejdsgange har for framingen. Ligeledes er framing på individniveau fokuseret på at identificere hvilke faktorer, der er konstituerende for konstruktionen af individuelle frames. Medieframes som uafhængige variable undersøger hvilke frames, der påvirker modtagerens perception, og hvordan disse processer virker, mens individuelle frames som uafhængig kilde undersøger, hvordan personligt forankrede frames påvirker perceptionen af indholdet hos det enkelte individ (Scheufele 1999: 108).

Opstillet i en matrice, hvor de fire tilgange er suppleret med bestemmelse af mulige metodiske tilgange til belysning af de enkelte kvadranters respektive framing-potentiale, ser det således ud:

Medieret og individuel framing som afhængig og uafhængig variabel*		
	Afhængig variabel	Uafhængig variabel
Medieret framing	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke faktorer påvirker journalisterne og deres institution? - Hvilke processer ligger bag? - <i>Oftest institutionsanalyser</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilken framing påvirker modtagere og hvordan fungerer disse processer? - <i>Oftest indholdsanalyser</i>
Individuel framing	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke faktorer er med til at opbygge en bestemt framing? I hvilket omfang kopierer modtageren mediernes framing? - Hvordan opbygger individet mening og modstår mediernes framing? - <i>Oftest receptionsanalyser</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan påvirker personlig framing individets handlinger? - Stort behov for eksperimenteltilgang. - <i>Oftest aggregeret dataanalyse</i>

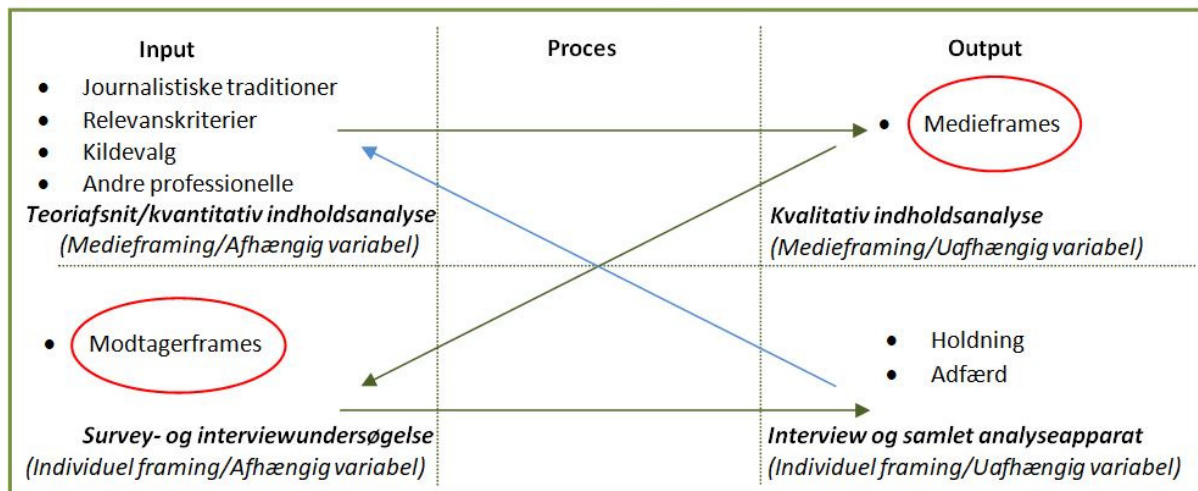
*Inspireret af Scheufele (1999)

Tabel 3

Denne afhandling vil som udgangspunkt forsøge at afdække alle fire kvadranter, omend de metodiske tilgange vil divergere en smule fra det ovenfor skitserede. Således vil medieret framing som afhængig variabel delvist blive belyst i det teoretiske afsnit, hvor en redegørelse for de journalistiske metoder inden

for sundhedsjournalistikken vil blive diskuteret. De dertil hørende pointer vil desuden blive efterprøvet i den kvantitative del af indholdsanalysen. Framing som uafhængig medieret variabel vil blive analyseret i indholdsanalysen, primært i den kvalitative del. De individuelle frames som afhængig variabel vil blive analyseret i survey- og interviewdelen, mens den individuelle framing som uafhængig variabel vil blive analyseret i den opsamlende diskussion på baggrund af det samlede resultatunivers. Det primære fokus rent empirisk vil derfor være på medieret framing som uafhængig variabel og individuel framing som afhængig variabel. Afhandlingens proces kan opstilles således:

Procesmodel*



* Inspireret af Scheufele (1999).

Figur 1

Figur 1 skal forstås på følgende vis, hvor læseren følger pilene begyndende øverst i venstre hjørne: Gennem teoriafsnittet og indholdsanalysen redegøres der for framingen i medierne som afhængig variabel. Det sker ved at undersøge de input i form af journalistiske traditioner og kildevalg, som er betydende for framingen af sundhed og statiner. Derefter analyseres outputtet af det journalistiske indhold, og de for denne afhandling relevante statinframes identificeres som uafhængig variabel i den kvalitative indholdsanalyse. Efterfølgende undersøges modtagerne som afhængig variabel i forhold til de identificerede frames, og via survey- og interviewundersøgelsen påvises det, hvilke frames som modtagerne genkender. Endeligt undersøges de individuelle frames som uafhængig variabel samt deres betydning for holdning og adfærd. Det sker i relation til det samlede analyseapparat – herunder specielt interviewdelen.

Entman (1993), Scheufele (1999) og Hjarvard (2015) giver en lang række eksempler på, hvordan framing-teorien har været anvendt i en empirisk sammenhæng, og finder, at langt de fleste undersøgelser har fokuseret ensidigt på ét af de fire kvadranter eller processen mellem to af disse. Scheufele nævner specifikt Huang (1996)⁹ som det eneste eksempel, der dækker to kvadranter i procesmodellen. Undersøgelsen fokuserer som denne afhandling primært på medie-framing som uafhængig variabel og modtagerframes som afhængig variabel (markeret med røde ovaler), men beskæftiger sig ikke med de to øvrige kvadranter. Derfor er det omfattende empiriske og teoretiske arbejde i denne afhandling med fokus på sundhed og statiner et ambitiøst projekt, der i højeste grad vil kunne give indsigt i forholdet mellem medier og modtagere. I denne afhandling fokuseres der således med forskellig vægt på alle fire kvadranter. Som det eneste udelades en analyse af forholdet mellem publikum og journalisterne (markeret med den blå pil) og

⁹ Huang, K. S. (1996): *A comparison between media frames and audience frames – the case of the Hill-Thomas controversy*. Undersøgelsen er præsenteret ved: The annual conference of the International Communication Association og indgår derfor ikke i denne afhandlings teoridannelse.

den relation, journalisterne indgår i, når de selv er modtagere af framede budskaber og dermed potentielt kan blive påvirket i deres journalistiske proces.

Chong og Druckman (2007) påpeger et åbenlyst dilemma ved framing-forskningen, idet de understreger, at forholdet mellem frame og modtager oftest fokuserer på en ensidig framing, hvor en enkelt eller to sideløbende frames undersøges. Det er yderst sjældent, at der fokuseres på modstridende frames. Det til trods for, at specielt politiske spørgsmål meget ofte er repræsenteret af modstridende frames. Genstandsfeltet i denne afhandling bærer således præg af meget skarpt optrukne holdninger til, hvorvidt brugen af statiner er et gavnligt forebyggende medicinsk produkt, og bliver derfor fremet meget forskelligt alt efter afsenders holdning. Ifølge Chong og Druckman (2007) vil konsekvensen af en problemstilling med konkurrerende frames enten medføre, at de forskellige frames udligner hinanden, eller at modtagerne blot bliver bekræftet i de værdier, de allerede har. Uanset hvilken forklaring, der synes mest plausibel, er resultatet, at modstridende frames, hvis de alt andet lige er velargumenterede og lige hyppige, ikke ændrer befolkningens holdning og vaner (Chong og Druckman 2007: 102).

Hjarvard påpeger, at framing-teorien i sin amerikanske og meget praktiske tilgang må betegnes som en middle-range-teori, hvilket han forklarer på følgende vis:

... imellem den helt lokale systematisering af iagttagelser på mikro-niveau på den ene side og de generelle, globale teorier på den anden side, finder vi en gruppe af teorier, som prøver at skabe begrebsmæssig forståelse på et mellemniveau, dvs. et mere afgrænset og veldefineret felt. 'Middle-range teori' understøtter begrebsudvikling til forståelse af systematiske sammenhænge inden for en given samfundsmæssig sammenhæng, samtidig med at man føler sig forpligtet til at konsolidere begrebsdannelsen i empiriske studier.

(Hjarvard 2015: 111)

Fordelen ved middle-range-teorierne er netop deres empiriske fundament, mens ulempen er deres manglende teoretiske ditto. Det sidste kan imidlertid afhjælpes ved inddragelse af supplerende samfunds- og medieteorier, og derved bliver fordelene ved framing-teorien:

Framing-begrebet har sin styrke i, at det understøtter en præcis og systematisk analyse af tekster og deres mulige samspil med meningsdannelsen. Det forudsætter ikke nødvendigvis en global teori om kultur og samfund, men kan bidrage til at opbygge 'middle-range teorier' om fx samspillet mellem politiske eliter og meningsdannelsen eller journalisters selektive vinkling af nyhedshistorier.

(Hjarvard 2015: 112)

Omskrevet til dette projekt vil framing-begrebet kunne bidrage til at uddybe den medierelaterede kontekst og journalistiske proces' betydning for anvendelsen af frames inden for statin- og sundhedsfeltet og sammenhængen mellem disse frames og statinbrugernes egne frames og holdninger til statiner og sundhed og dermed yderligere bidrage til en forståelse af en praksis på disse felter. Med andre ord undersøger denne afhandling, hvilken betydning og effekt medierne har på statinbrugernes liv. Da tilgangen til at undersøge påvirkning af modtagerne er en multifacetteret størrelse inden for medieforskningen, vil det følgende afsnit redegøre for, hvilken forståelse af effekt som tænkes anvendt i relation til framing-teorien som bagvedliggende strukturelt navigeringsredskab.

1.5 Effekt

Bruhn Jensen indkapsler den medievidenskabelige interesse for undersøgelser af medieeffekter på følgende vis:

Hvis man skal pege på et enkelt spørgsmål, som har motiveret medieforskningen, må det være spørgsmålet om effekter. Hvilken forskel gør medierne i det enkelte menneskes såvel som i hele samfundet liv.

(Jensen 2008: 135)

Ud over at påpege spørgsmålet om effekt som det centrale kernepunkt i medieforskningen vidner Bruhn Jensens citat om, at medieeffekt kan undersøges på såvel mikro- som makroplan, og at der inden for medievidenskaben findes forskellige forskningstraditioner med hver deres forståelse af modtageren og effekt. Her befinder framing-traditionen sig centralt med fokus på både medie- og samfundseffekt (Jensen 2002: 139). Grundet denne dualistiske tilgang er framing-traditionen, som også beskrevet ovenfor, tværfaglig i sin kombination af metodiske tilgange (Jensen 2002: 150). Komplexiteten i forståelsen af rammebegrebet har derfor tiltrukket sig interesse inden for mikrosociologi og ikke mindst kognitiv psykologi (Jensen 2008: 147). Specielt den kognitive forståelse af effekt er for indeværende projekt interessant, idet det vil kunne skabe udgangspunktet for en beskrivelse af effekt på mikroplan og dermed give indsigt i påvirkningen af statinbrugere.

Ragnar Waldahl(1998) beskriver med udgangspunkt i netop den kognitivpsykologiske forståelse af modtagerteorien de individuelle faktorer, der påvirker effekten af mediernes indhold. Waldahl sidestiller mental strukturering af abstrakte og organiserede versioner af virkeligheden baseret på tidligere erfaringer hos det enkelte individ med frames (Waldahl 1998: 41-42). Forstået på den måde, at kognitive mentale skemaer på samme vis som personlige frames er generaliserede erfaringer.

Mediernes effekt er en individuel personspecifik proces, og derfor opridses Waldahl en række parametre, der har betydning for en eventuel personlig påvirkning. Blandt de for denne afhandling interessante parametre er:

- Erfaring
- Forståelse
- Eksponering
- Opmærksomhed
- Tilegnelse.

Al mental aktivitet bygger på tidligere *erfaringer*, hvilket i praksis betyder, at individets *forståelse* af et givent medieindhold er funderet i individets tidligere oplevelser (Waldahl 1998: 43). Det gælder både medierede og ikke medierede oplevelser. Tidligere var det meste af individets erfaringsunivers baseret på personlige erfaringer, men i dag er medierne den primære kilde til information (Waldahl 1998: 44).

Forståelse er ikke udelukkende baseret på tidligere erfaringer, men beror også på sproglig forståelse, vidensniveau og evnen til at sætte budskaber i kontekst (Waldahl 1998: 49-50). Altså kognitiv formåen. Budskaber er ikke ligeligt distribueret til alle individer, men er afhængige af medievalg, der igen bygger på personlige valg, vaner og økonomi, og derfor er *eksponeringen* afhængig af bevidste og ubevidste valg (Waldahl 1998: 48). Valg som foretages på baggrund af varierende *opmærksomhed*, i relation til hvor svært, kedeligt eller relevant, indholdet er. Generelt foretrækker individet at blive bekræftet i allerede etablerede holdninger og at blive informeret om noget for dem relevant (Waldahl 1998: 49).

Samlet set *tilegner* vi os et budskab på baggrund af personlige kvalifikationer, interesse og mulig eksponering (Waldahl 1998: 49).

Effekten af mediernes framing på mikroplan vil i denne afhandling derfor anses som værende påvirket af statinbrugernes personlige kvalifikationer som alder, køn, uddannelse og livsstil, mens interesse for

statinfeltet og eksponering for bestemte medier ses afspejlet i intensiteten af informationssøgning samt arten af de medier, som opsøges under denne søgning.

Hvor Waldahl beskriver, hvordan en række kognitive parametre har betydning for mediernes effekt på makroniveau, så taler Jensen (2008: 135) om, at arten af mediernes effekt på tværs af platform og målgruppe overordnet kan påvirke modtagernes *holdninger* og *handling*. McQuail omtaler Waldahls parametre som filterbetingelser (McQuail 2000: 347) og tilslutter sig Bruhn Jensens bemærkninger omkring arten af mediernes påvirkning og tilføjer desuden den *affektive* effekt. McQuail finder dog en tredelt forståelse af arten af medieeffekt for simplificeret og påpeger, at effekten af medieindhold kan forårsage bevidste og ubevidste forandringer eller forhindre forandringer af en eksisterende opfattelse og adfærd. Overordnet kan man derfor ud fra McQuails perspektiv tale om, at medierne afhængigt af en lang række kognitive filterbetingelser påvirker individet *kognitivt*, *affektivt*, *holdningsmæssigt* eller *adfærdsmæssigt* på et kontinuum mellem forandring eller bevarelse. Det gælder både på individ og samfunds niveau. Guldbrandsen og Just (2016: 100) understreger samtidig, at *affektive* og *holdningsmæssige* effekter er udtryk for en mere simpel/svag mediepåvirkning end den adfærdsmæssige effekt, der omtales som avanceret/kraftig og dermed sværere at opnå. Uden at skele til det faktum, at det kan være en udfordring at fange modtagerens opmærksomhed, betyder det i praksis, at det alt andet lige er nemmere at påvirke modtagerens følelser og holdninger end at få dem til at ændre adfærd. Medierne er, som Jensen (2008: 135) fastslår, sjældent den eneste årsag til, at individet ændrer handlemønstre. Ikke desto mindre vil det, som det fremgår i den senere gennemgang af litteratur på statinfeltet, oftest være netop den avancerede/kraftige medieeffekt, der undersøges i de enkelte videnskabelige tekster på statinfeltet. Langt den overvejende andel af videnskabelige artikler, der er fundet relevante i denne afhandling, er således fokuseret på at undersøge adfærdsændringer.

De latente medieeffekter vil rent praktisk i indeværende projekt sandsynliggøres via indholdsanalysen, mens spørgeskemaet og interviewundersøgelsen tilvejebringer sandsynlige resultater af dette medieindhold. Resultater som i analysen vil blive sat i relation til individuelle filterbetingelser som alder, køn og uddannelse og disses betydning for informationssøgning og medievalg på henholdsvis mikro- og makroniveau. Endelig vil livsstilens betydning blive eksamineret i interviewundersøgelsen. Ved specifikt at beskrive og undersøge filterbetingelserne vælger afhandlingen at komme med bud på, hvordan disse parametre påvirker effekten af mediernes budskaber, og derved sætter afhandlingen sig ud over de simplificerede kanyleteori- eller stimulus-responsmodeller, der ofte anvendes i kommunikative undersøgelser. Et valg der også anbefales teoretisk (McQuail 2000: 339; Bruhn Jensen 2008: 139, Guldbrandsen & Just 2016: 98).

De *kognitive*, *affektive*, *holdningsmæssige* og *adfærdsmæssige* medieeffekter identificeres i både spørgeskema- og interviewundersøgelsen. Det vil dog være begrænset, hvor detaljeret henholdsvis de svage og kraftige medieeffekter vil kunne identificeres i spørgeskemaundersøgelsen, og disse vil derfor primært blive kvalificeret via interviewundersøgelsen.

Effektteorien er dog ikke i sig selv kvalificerende som supplerende og forklarende teori set i forhold til framing-teoriens middle-range status. Det er derfor nødvendigt at benytte perspektiverende teoridannelse på mikro- og makroniveau, og det følgende afsnit vil derfor kort opridses omfanget og arten af disse supplerende teorier.

1.6 Teoretiske tilgange

De supplerende og til framing-teorien perspektiverende teoretikere vil blive introduceret og beskrevet i den rækkefølge, de præsenteres og tages i anvendelse i afhandlingen.

1.6.1 Sundhed og livsstil

I arbejdet med at beskrive begrebet sundhed anvendes en lang række tekster, der forholder sig til begrebet på mikro- og makroniveau. Den strukturerende optik er baseret på Luptons (2012) beskrivelse af de forskellige forskningsretningers tilgang til medicin, samfund og sundhed. Kapitlet lægger ud med at beskrive medikalisering ved Hvas (1999), hvorefter den individbaserede sundhed bliver præsenteret gennem en række tekster fra bl.a. Sundhedsstyrelsen samt Schøler og Otto (2011). Formålet med denne introduktion er at understrege betydningen af sundhed som et personligt anliggende for på den vis at illustrere skismaet omkring personligt ansvar og livsstil. Introduktionen vil desuden tjene til at beskrive de individuelle karakteristika, der bringes i anvendelse i analysen af de sociodemografiske kendetegn ved statinbrugerne.

Livsstilsteorien, præsenteret i relation til Bourdieus (1995) begrebsapparat og kontekstualiseret i en dansk sammenhæng af Dahl (1996 og 2005), er tænkt som en kvalificering af kulturens, dannelsens og uddannelsens betydning for praksisser på forskellige artikulationsfelter. Bourdieus begreber *kapital*, *felt* og *habitus* beskrives i relation til *felt*-begrebet for derved at kunne uddybe rationalet bag den praktiske analyse af livsstil. Her vil Dahls praksisorienterede teori give et indblik i, hvordan moderne livsstilsanalyser finder anvendelse i medieforskningen. Dahl vil desuden kunne bruges til at sætte konkrete ord på værdier, holdninger og handlinger inden for sundhed og medier. Endelig vil redegørelsen for Bourdieus feltteori finde anvendelse til beskrivelse af medialiseringen som proces. Tanken med afsnittet er at sandsynliggøre sammenhængen mellem livsstil, sundhed og synet på det gode liv. Til det formål er Ottos (1997, 1998 og 2005) cirkulære forståelse af sundhed som mål eller middel inddraget som perspektiverende vinkel i forhold til livsstil og sundhed. Da Otto ikke sammenkæder social position med et bestemt syn på sundhed, vil denne operation være en applicering af Ottos forståelse af sundhed på Bourdieus og Dahls tanker om livsstil. Formålet med sammenkædningen af de to teoridannelser er i praksis at kunne sætte ord og værdier på de ved appliceringen etablerede positioner. Det vil på denne måde være muligt probabilistisk at beskrive sammenhængen mellem livsstil og syn på sundhed. Hvis denne øvelse viser sig at være frugtbar, vil den kunne fastlægge udbredelsen af bestemte værdier som fundament for statinbrugernes syn på egen sundhed i relation til deres praktisk levede livsstil og deres personlige identitetsarbejde. Overordnet er kapitlet om sundhed og livsstil en indføring i afhandlingens sundhedsmæssige forklaringsramme og en uddybning af livsstil som en strukturerende analyseramme. Kapitlet finder indholdsmæssigt anvendelses i analyser af alle de empiriske resultater.

1.6.2 Statiner

Afsnittet om statiner tjener primært det formål at redegøre for afhandlingens ene fokusfelt – den kolesterolsænkende medicin. Det afsluttende litteraturreview omfatter dog begge de primære fokusfelter, statiner og medier. Det medicinhistoriske rids bliver funderet på Lau et al.'s (2017) tekst og er fortrinsvis møntet på at oprids den forskningskonflikt og uenighed, der præger statinfeltet, mens Christensen (2007) anvendes til en beskrivelse af grænseværdier, anbefalinger, bivirkninger og nationale risikovurderinger. De personlige risikovurderinger bliver på makroplan beskrevet af Giddens (1996) og Beck (2002). Deres overordnede tanker om det reflektive individ i risikosamfundet vil sammen med tekster på mikroniveau af Honey et al. (2015) samt Tolmie et al. (2003) være en redegørelse for de risici, statinpatienter dagligt lever med og træffer deres beslutninger i lyset af.

Kapitlets afslutning er et litteraturreview, der omfatter den samlede forskning, der til dato er foretaget specifikt inden for medier og statiner. Her vil det samlede tekstunivers på feltet blive præsenteret¹⁰. Teksterne beskæftiger sig stort set alene med mediernes påvirkning af adherenceniveau og illustrerer den meget ensidige effekttilgang til afhandlingens problemfelt, som indtil videre har været den dominerende på området. Kapitlet vil i vidt omfang finde anvendelighed i forhold til en perspektivering af analysen af spørgeskema- og interviewundersøgelsen.

1.6.3 Medier og sundhed

Det afsluttende kapitel om medier og statiner indleder med en introduktion af Briggs og Hallins (2016) tanker. Deres makroteoretiske perspektiv er et bud på en metodisk, empirisk og analytisk tilgang, der aktivt benytter framing-begrebet til at identificere, hvilke adresseringer medierne anvender i forsøget på at få deres publikum i tale. Med denne tilgang påviser de, at tilstedeværelsen af disse adresseringer manifesterer sig i form af forskellige patientroller, som vinder genklang blandt publikum. Værkets analyseområder er de samme, som beskrevet for denne afhandling i den framing-baserede procesmodel. Briggs og Hallins empiri er indsamlet over 10 år og har derfor en relevant udsigelseskraft på hele det sundhedsfelt, som de undersøger. Genstandsfeltet i dette projekt er lidt snævrere, idet der primært fokuseres på statiner og sekundært på sundhed, og afhandlingen vil af denne grund have en mere specifik udsigelseskraft på et mindre felt. Briggs og Hallins resultater og teoridannelse vil løbende blive inddraget som referenceramme i kapitlet, men vil primært blive anvendt i forbindelse med mediernes framing af patientrollerne.

Hjarvard (2009) og Christensen (2013) danner fundamentet til en beskrivelse af medialiseringens betydning for mediernes markedsorientering og øgede segment- og publikumsbevidsthed.

En analyse af nyhedsproduktion og herunder sundhedsstoffet vil ud over Briggs og Hallin (2016) blive belyst af tekster fra Schultz (2006), Gasher et al. (2007) samt Duffy og Thorson (2009). Framingen af forskellige patientroller introduceres af Seale (2002 og 2004), men bliver primært defineret ud fra Briggs og Hallins (2016) terminologi.

Kapitlet afsluttes med en kvalificering af og motivation for afhandlingens fokus på trykte medier og de til indholdsanalysen udvalgte danske medier. Der anvendes fortrinsvis statistiske argumenter fra Slots- og Kulturstyrelsen (2010a/b) samt teori af Duffy og Thorson (2009), Lund (2013) samt Poulsen (1995, 2001, 2003 og 2007).

Kapitlets orientering mod nyhedsproduktion vil fortrinsvis finde sin berettigelse i indholdsanalysen, mens medialiseringsteori og patientroller løbende vil blive inddraget på alle analyseniveauer.

Samlet set vil framing-teorien på denne vis blive væsentligt suppleret i forhold til andre anvendelige teoridannelser, som anbefalet af Hjarvard (2015: 111).

¹⁰Tekster af: van Hunsel et al. (2009), Saib et al. (2013), Neiderdeppe et al. (2013), Kruger et al. (2015), Schaffer et al. (2015), Nielsen og Nordestgaard (2015), Kocas et al. (2015), Matthews et al. (2016) samt Kriegbaum et al. (2017).

1.6.4 Bourdieu, Giddens og Otto – rationalet bag

Afslutningsvis er det nødvendigt at knytte en kommentar til de primært anvendte teoretikere for at forstå, hvorledes de trods deres forskellige udgangspunkter kollektivt kan tjene som afhandlingens teorigrundlag. Hverken Giddens eller Otto vedkender sig et endeligt videnskabsteoretisk udgangspunkt, men synes dog generelt at kunne placeres inden for hver deres overordnede ramme. Ottos etnografiske arbejde er inspireret af Foucaults diskursanalyse og forsøger at undersøge sproget som en logisk struktur (Otto 1997: 188 og 1998: 22). Det er derfor muligt at placere Ottos arbejde anvendt i dette projekt inden for det strukturalistiske felt i lighed med Foucault. Det samme er muligt med Bourdieu (1989: 15), der beskriver sig selv som konstruktivistisk strukturalist eller strukturalistisk konstruktivist, mens Wilken (2014:26) blot omtaler ham som det første. Giddens, derimod, er lidt sværere at putte i bås, idet meget af hans arbejde består i at påvise en kobling mellem aktør og struktur. Giddens beskriver i den sammenhæng en dualisme mellem på den ene side funktionalisme og strukturalismen og på den anden handlingssociologien og marxismen, som han mener, hver især bidrager med indsigtsfulde pointer og begreber (Kaspersen 1995: 41). I forsøget på at på at foretage denne kobling mener Kaspersen (1995: 42), at Giddens finder sit udgangspunkt i hermeneutikken. Strukturalismen synes altså på forskellig vis at være om ikke et fælles udgangspunkt, så i det mindste en fællesnævner for alle tre forskere.

Desuden gælder det, at selvom Bourdieus videnskabsteoretiske udgangspunkt synes at divergere fra Giddens, er han ligeledes interesseret i at finde en farbar vej mellem de objektivistiske og subjektivistiske strømninger i sociologi. Begge forskere ønsker uanset teoretisk udgangspunkt at kunne sammenkoble voluntarismen og determinismen.

Resultatet bliver for dem begge, at de arbejder med en mekanisme, der er under- eller ubevidst (Dahl 1996: 6). Bourdieu med habitus-begrebet (Dahl 1996: 6) og Giddens med strukturationsteorien (Kaspersen 1995: 51 og Hjarvard 1997: 72). Resultatet bliver en sociologisk forståelse af individet, hvor det enkelte menneske forfølger bevidste mål med dertil indrettede midler. Med udgangspunkt i individets sociale baggrund vil det ofte være ganske let at forudsige dets handlen (Dahl 1996:6).

Spørgsmålet, der naturligt rejser sig efter at have konstateret, at både Bourdieu og Giddens arbejder med sammenfaldende teoretiske problemstillinger og meget enslydende forklaringsrammer, er, hvilken af de to teoretiske tilgange, der er at foretrække. Altså ikke om de to teoretikere trods forskelligt videnskabsteoretisk udgangspunkt kan anvendes samtidigt – for det kan de. Rationalet bag denne disposition er, at Bourdieu som udgangspunkt optræder som den dominerende teoretiker på livsstilsfeltet, mens Giddens mere underordnet danner den teoretiske ramme for forklaring af det moderne samfunds risikomomenter. Det skyldes ikke mindst, at Dahl (1996 og 2005) tilbyder en operationalisering af habitusbegrebet i en dansk kontekst, og at Giddens i de for denne afhandling valgte teoripassager sammenkæder risiko med sundhed og sygdom. Desuden har Bourdieu mest konsekvent arbejdet med empiriske data, og da formålet med denne afhandling netop er at forklare et empirisk projekt, er valget naturligt faldet på Bourdieu. Kaspersen påpeger i den sammenhæng, at Giddens til tider savner empirisk belæg (1995: 14).

Til trods for Giddens' mindre empiriske arbejde kan det imidlertid synes som en tilsnigelse at anvende Ottos teoridannelse i sammenhæng med Bourdieus. At det alligevel kan lade sig gøre, skyldes blandt andet deres fælles udgangspunkt i det strukturalistiske felt og ikke mindst, at Otto arbejder med idealtyper. Ved hegemonisk at lade Ottos idealtyper være underlagt Bourdieus teoridannelse og Dahls segmentering sikres det, at Ottos 10 interviews ikke opnår at være sidestillet med disse to langt mere omfattende empiriapparater. På denne vis tjener Otto som perspektivering og begrebssammenføring med segmenter fra Gallup Kompas for på den vis at komplementere til dels Bourdieus og i særdeleshed modellens manglende sundhedsfokus.

1.7 Terminologi

Statinbrugere

I langt de fleste tilfælde vil de individer, der på daglig basis indtager statiner, blive omtalt som statinbrugere.

John Sahl Andersen, praktiserende læge, lektor ved Institut for Almen Medicin og medlem af LIFESTATs forskerpanel, er i forbindelse med sin praksisvirksomhed blevet opfordret til at benytte denne terminologi, og den blev siden knæsat i forskergruppen til beskrivelse af patientgruppen. Når betegnelsen statinpatient til tider anvendes, sker det ikke som underkendelse af dette princip, men ud fra et ønske om at nuancere sproget. Der vil med, mindre andet specifikt anføres, være tale om, at både nuværende og tidligere brugere vil blive omtalt som statinbrugere. Det skyldes, at brugen af statiner anses for at være en livslang behandling, og at mange brugere efter længere eller kortere pauser genoptager deres behandling.

Statiner

Statiner hæmmer produktionen af enzymet HGM-CoA, der er en vigtig komponent i produktionen af kolesterol i leveren. Da det drejer sig om en klasse af lægemidler, findes der flere former for statinpræparater på markedet. Simvastatin efterfulgt af Atorvastatin er de mest solgte på markedet (Sundhedsdatastyrelsen 2015: 1). Statinbrugere taler om, at de tager statiner, og derfor dækker betegnelsen både over den enkelte type medicin, men også flere former for ensvirkende mediciner. Betegnelsen *kolesterolsænkende medicin* vil blive anvendt synonymt med betegnelsen *statin*, og som afhandlingens titel indikerer, er der tale om, at disse også kan omtales i pluralis.

Patientroller

De i afhandlingen beskrevne medieskabte patientroller er ikke reelle patientroller, som blandt andet beskrevet af Martinsen et al. i *Patientperspektivet – En kilde til viden* (2012). Det betyder i praksis, at uanset hvilken medieskabt patientrolle et individ identificerer sig med, vil vedkommende opsøge egen praktiserende læge i tilfælde af akut eller livstruende sygdom. Forskellen er, at de medieskabte patientroller finder anvendelse på et helbredsmæssigt niveau, hvor der er tale om beslutninger om livsstilsændringer eller præventive tiltag – ikke livsafgørende beslutninger. Det gør sig helt specifikt gældende på statinområdet, hvor brugerne i første omgang kan forsøge at vælge kostomlægninger frem for en livslang medicinering med statiner.

Medier

Forståelsen af medier vil være anlagt i den bredest mulige forstand og vil derfor, med mindre andet er oplyst, være afgrænset som en teknologibaseret kanal for overføring af symbolrelateret indhold. Aviser, magasiner, radio, tv og hjemmesider bliver derfor i afhandlingen sidestillet som midler til kommunikation.

1.8 Læsevejledning

Afhandlingen vil være en klassisk afsender-/modtager-analyse med integration af budskabets betydning og kan præsenteres på følgende vis:

Afhandlingens strukturelle opbygning i kapitler



Figur 2

2. Metodiske tilgange

For at besvare de i LIFESTAT-regi omfangsrige medievidenskabelige problemstillinger anvender afhandlingen, som beskrevet i indledningen, sig af en kombination af metoder, der omfatter både den kvantitative og kvalitative tilgang. Den kvantitative og kvalitative metode er groft sagt kendetegnet ved henholdsvis at finde sammenhænge og årsager (Hansen og Andersen 2009: 22). Hvor den kvantitative metode fokuserer på få kendetegn hos mange individer og derfor har en bredere gyldighed, orienterer den kvalitative ditto sig imod flere kendetegn hos relativt få undersøgelsesenheder med en deraf følgende smallere gyldighed. Den kvantitative tilgang skaber indsigt i generelle forskelle og variation på makroniveau, mens den kvalitative tilgang leverer detaljeret og helhedspræget viden på et meget specifikt område på mikroniveau (Hansen og Andersen 2009: 22). Det anbefales derfor ofte i metodelitteraturen, at begge tilgange kombineres, for derved at kunne drage fordel af begge metoders styrker (Eskjær og Helles 2015; Bryman 2012; Kvale og Brinkmann 2009; Hansen og Andersen 2009; Halkier 2002). Kombinationen af metodetilgange omtales under en lang række af termer, som f.eks. *metodetriangulering*, *mixed methods* eller *metodekombination*. Da termen metodetriangulering specifikt henviser til et undersøgelsesdesign, hvor der anvendes to eller flere metoder til at krydstjekke data (Eskjær og Helles 2015: 127 og Bryman 2012: 635), hvilket ikke er det metodiske formål i dette projekt, benyttes den danske term *metodekombination* frem for den engelske *mixed methods*.

Metodekombination anses dog i visse forskningskredse som problematisk. Primært fordi den kombinerer forskellige epistemologiske tilgange, der repræsenterer to forskellige paradigmer (Bryman 2012: 629). Modargumentet er, at de to metoder ikke udgør egentlige paradigmer (Bryman 2012: 630), og der er derfor intet til hinder for en pragmatisk kombination af kvantitative og kvalitative metoder (Eskjær og Helles 2015: 126).

Til gengæld synes fordelene ved en metodekombination at være mangfoldige, og måske netop derfor er den multiple tilgang i kraftig vækst (Bryman 2012: 628). Halkier (2002: 18) nævner, at metodekombinationen kan højne validiteten af undersøgelsens resultater, hvis der genereres en øget viden, tilføjes yderligere dimensioner eller fortolkningsmuligheder. Eskjær og Helles udtrykker formålet med en metodekombination på følgende vis:

Grundlæggende handler det nemlig om at kombinere metoder med henblik på at øge sit vidensgrundlag om et givent fænomen og opnå indsigt, som ikke kan erhverves ved brug af en enkelt metodisk tilgang.

(Eskjær og Helles 2015: 127)

Ønsket om yderligere indsigt betyder også, at en metodekombination kan anvendes både inden for samme problemstilling eller på tværs af flere problemstillinger. Eskjær og Helles anbefaler, som det senere skal uddybes, en kombination af kvantitativ og kvalitativ indholdsanalyse samtidig med, at de omtaler fordelene ved indholdsanalysen kombineret med en interviewundersøgelse (Eskjær og Helles 2015: 129). En kombination som Bryman (2012: 637) også nævner som frugtbar, mens Halkier desuden anbefaler kombinationen af spørgeskema og interviewundersøgelse.

Hvis man følger en spørgeskemaundersøgelse op med fokusgrupper, gør man det typisk for at kvalificere forklaringerne på mønstrene i spørgeskemaet... Det er, fordi spørgsmål og svar i spørgeskemaer som regel er meget generelle og frie af den sociale kontekst.

(Halkier 2002: 22)

Endelig afslutter Bryman (2012: 632-33) diskussionen om anvendelige kombinationer med at opridse 18 mulige kombinationer for derefter at gennemgå deres specifikke anvendelsesområder. Der er i Brymans optik meget vide rammer for kombinationen af de to tilgange, men han understreger, at formålet med

undersøgelsen er afgørende for kombinationen. Den til dette projekt mest oplagte kombination falder godt i tråd med ovenstående citat fra Eskjær og Helles og betegnes af Bryman som *completeness*. Fuldstændigheden ved denne kombination af den kvantitative og kvalitative metode består i:

...the notion that the researcher can bring together a more comprehensive account of the area of enquiry in which he or she is interested if both quantitative and qualitative research are employed.

(Bryman 2012: 633)

For denne afhandling gør det sig gældende, at den kvantitative indholdsanalyse vil kunne tilvejebringe indsigt i overordnede sammenhænge mellem de forskellige medier og deres tekster, og at inddragelsen af den kvalitative indholdsanalyse yderligere vil kunne kvalificere indholdet af disse og dermed nuancere forståelsen af indholdet i de respektive medier.

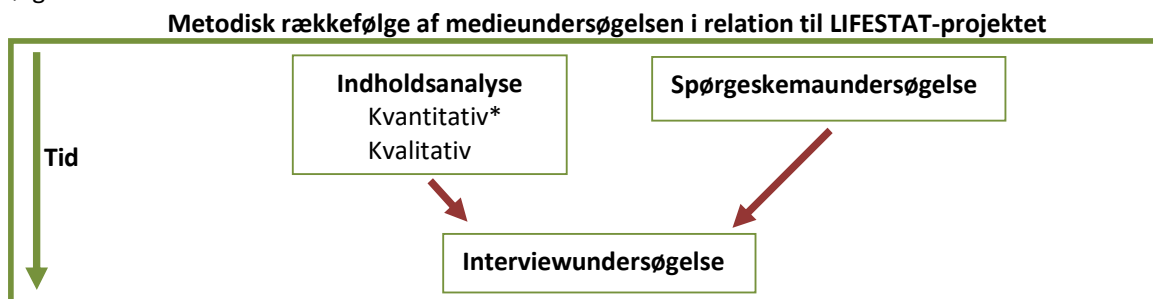
På samme vis vil den kvalitative interviewundersøgelse tilføje yderligere dimensioner til og forklaringer på de mere overordnede og generelle resultater genereret af indholdsanalysen og spørgeskemaundersøgelsen.

Som omtalt ovenfor, er de i LIFESTAT-regi opstillede forskningsmål (bilag A1) og tilgange på forhånd givne, og en metodekombination derfor en selvfølge. Det er den metodiske hegemoni og til dels rækkefølgen imidlertid ikke, hvorfor en kort gennemgang af disse parametre afslutter indledningen på det metodiske afsnit.

Rækkefølgen af de enkelte metodiske tilgange i indeværende projekt er forankret i forskningsspørgsmål og en tidlig dimension i relation til de i forskningsgruppen deltagende forskningsretninger. Hvad angår forskningsspørgsmålets betydning, så er det indlysende, at uden en foregående indholdsanalyse og identifikation af medieindholdet vil det alt andet lige være svært at afgøre, hvilken betydning dette indhold har for statinbrugerne. Derfor en klar understregning af behovet for indholdsanalysen som det første metodiske skridt. Med hensyn til rækkefølgen i den metodiske tilgang internt i indholdsanalyse anbefales det både af Eskjær og Helles (2015: 130) og Bryman (2012: 637), at den kvantitative tilgang efterfølges af den kvalitative. Derfor er den rækkefølge valgt i indeværende afhandling, og en yderligere motivering er beskrevet i de to følgende afsnit i dette kapitel.

Hvad angår rækkefølgen af spørgeskema i relation til indholdsanalyse og interviewundersøgelsen var den tidlige dimension afgørende, idet arbejdet med udformningen af spørgeskemaet allerede var påbegyndt, inden undertegnede indtræden i LIFESTAT-projektet. Derfor blev spørgeskemaet udarbejdet først, og interviewundersøgelsen kom derfor til at tjene perspektiverende og kvalificerende i forhold til yderligere uddybning af problemstillinger identificeret i spørgeskemaanalysen. Præcis som beskrevet af Halkier ovenfor.

Endelig blev indholdsanalysen foretaget løbende mens udarbejdelsen og dataindsamling i relation til spørgeskemaet blev tilendebragt. Bryman (2012: 632) nævner, at den sideløbende tilgang også er en mulighed ved en metodekombination. Opstillet grafisk tager den endelige metodiske rækkefølge sig ud som følger:



*Den kvantitative indholdsanalyse er placeret øverst som en indikation på, at den blev foretaget først.

Figur 3

Figur 3 illustrerer udover det tidlige forløb også den hegemoniske dimension metoderne i projektet imellem. Her illustreret med røde pile. At der ikke er pile mellem spørgeskemaundersøgelsen og indholdsanalysen, understreger pointen om, at de to undersøgelser er udarbejdet uafhængigt af hinanden for at besvare hver deres delspørgsmål. Resultaterne vil efterfølgende komplementere hinanden og tjene til at danne grobund for interviewundersøgelsens primære analysedimensioner. Markeringen af den hegemoniske forskel afspejler ligeledes de tre tilganges udsigelseskraft, hvor de kvantitative resultater fra de 3050 respondenter og 623 artikler har en bredere gyldighed, end de kvalitative resultater baseret på henholdsvis 41 udvalgte artikler og 14 informanter. Jævnfør i øvrigt de indledende bemærkninger fra Hansen og Andersen, der også understreger, at den kvalitative tilgang leverer detaljeret og helhedspræget viden, som her primært vil fungere som perspektivering af de kvantitative fund.

Samlet vil metodekombinationen i dette projekt således primært tjene til at give et mere *fuldstændigt* billede af forholdet mellem medier og statinbrugere, hvorfor dette kapitel vil være en redegørelse for den praktiske anvendelse af både den kvantitative og kvalitative tilgang. Redegørelsen vil begynde med indholdsanalysen og via spørgeskemaundersøgelsen afslutningsvis fokusere på interviewundersøgelsen.

2.1 Indholdsanalyse – kvantitativt forløb

Rammerne for indholdsanalysen er beskrevet i LIFESTAT-ansøgningen (bilag A1). Heraf fremgår det, at analysen skal være omfattende og indeholde både en kvantitativ og kvalitativ tilgang til indholdet i danske avisartikler i en periode på tre år. Der skal fokuseres på begreber som *sund livsstil*, *kolesterol*, *motion* og *statiner*. Indholdsanalysen skal sammen med spørgeskemaundersøgelsen være med til at undersøge medieindholdet og den deraf følgende påvirkning af borgeren.

I praksis betyder det, at indholdsanalysen omfatter 714 artikler (heraf 623 unikke), alle bragt i danske aviser eller ugeblade i perioden 1/7 2011 til og med 30/6 2014. Alle artikler blev identificeret via strukturerede søgninger i mediedatabasen Infomedia. Det følgende kapitel vil være en systematisk redegørelse for indholdsanalysens stikprøve, metodiske overvejelser og generelle valg. De vil blive beskrevet i denne rækkefølge:

- **Sampling**
Stikprøve, søgeoptioner, omfang og sandsynlighedsbaseret udvælgelse
- **Kodning**
Udformning af kodeskema, analysekategorier og dimensioner
- **Databehandling og kvantitativ analyse**
Pilottest, sammenlægning af kategorier og krydstabuleringer
- **Databehandling og kvalitativ analyse**
Stikprøve, indholdsanalyse og billedanalyse.

I forbindelse med identificering af sample samt udarbejdelsen af et kodeskema og databehandling er den grundlæggende tilgang baseret på Bryman (2012) og Krippendorff (2013) samt Eskjær og Helles (2015), der alle understreger vigtigheden af en stringent samplingsstrategi og en konsistent kodemanual i forbindelse med en indholdsanalyse. Der er bortset fra Eskjær og Helles ikke i udpræget grad tale om praktiske erfaringer med inddragelse af eksempler, hvorfor der løbende vil blive inddraget artikler af en mere praksisorienteret karakter fra forskellige forfattere. Teksterne er kendetegnet ved at være forskningsartikler, hvor indholdsanalysen er benyttet som metode i forbindelse med undersøgelser af medier og sundhed og primært tjener som inspirationskilde til metodiske til- og fravalg.

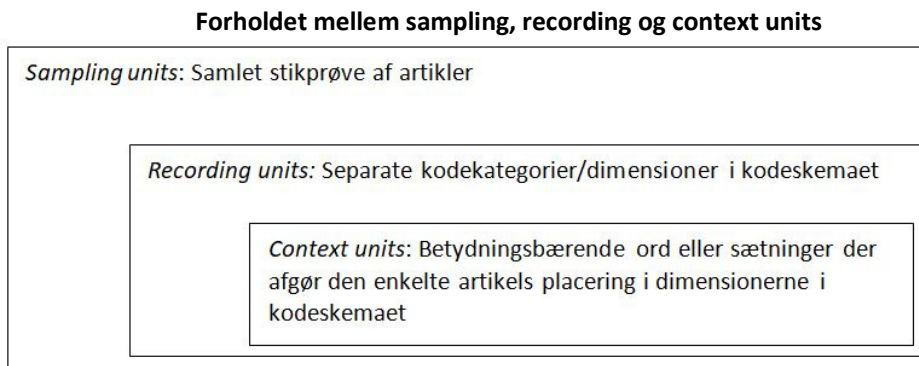
2.1.1 Sampling

Krippendorff (2013: 98-104) sonderer mellem tre niveauer af enheder i forbindelse med en indholdsanalyse: *Sampling units*: Betegner de artikler, som er grundlaget for indholdsanalysen. Det er ofte en stikprøve i forhold til den samlede population, hvor paletten af søgekriterier og ditto ord afgør antallet og arten af *sample units*.

Recording units: Betegner de kategorier eller underkategorier, som udgør de variable/dimensioner, som ønskes behandlet separat og siden analyseret statistisk. Samlet set udgør alle *recording units* indholdsanalysens kodeskema. Det er afhængigt af forskningsspørgsmålet, hvilke *recording units* der er de korrekte at anvende.

Context units: Er enheder af tekst, der er med til at afgrænse analysemulighederne. Der er tale om de sætninger eller enkelte ord, der afgør, hvilken kategori en artikel skal placeres i. Paradoksalt nok kan der ofte være tale om, at flere *recording units* eller temaer bliver identificeret via *context units* i den samme artikel. Dette bevirker, at det kan være svært entydigt at kategorisere en artikel. Det er derfor nødvendigt at have klare retningslinjer for, hvordan man håndterer disse sammenfald. Oftest bruges der i denne undersøgelse en kvantitativ tilgang, hvor længden og mængden af *context units* afgør kategoritilhørsforholdet.

Samlet kan brugen af *units* illustreres på følgende vis:



Figur 4

Den praktiske udvikling af et kodeskema og en applikation af dette på et sample vil blive præsenteret i de kommende afsnit i relation til de forskellige niveauer vist i figur 4.

2.1.2 Stikprøve

Eskjær og Helles (2015: 52) skelner mellem sandsynlighedsbaseret og ikke-sandsynlighedsbaseret udvælgelse. Den sandsynlighedsbaserede stikprøve er i deres optik klart at foretrække, idet den øger repræsentativiteten af stikprøven og gør det muligt at generalisere resultaterne. Dette opnås ved at benytte eksplicitte principper for udvælgelse og dermed undlade at benytte en bekvemmelighedsudvælgelse. Det følgende afsnit vil redegøre for samplingsstrategien i denne indholdsanalyse.

Den mest udbredte sandsynlighedsbaserede sampling er stratificeret udvælgelse, der beror på, at man kender hele populationen og derudfra vælger forskellige subpopulationer (strata). I LIFESTATS indholdsanalyse er den samlede population kendt, hvilket ifølge Eskjær og Helles (2015: 55) også ofte er tilfældet. Populationen udgøres af Infomedias mediearkiv med i alt 2598 kilder i form af dagblade, ugeblade, fagblade, nyhedsbureauer, webmedier samt radio- og tv-kanaler.

En søgning på ordene statin, statiner og kolesterolsænkende medicin i perioden fra 1/1 1990 (Infomedias begyndelsesdato) til og med 30/6 2015 giver 4.096 artikler eller i gennemsnit lige over 1,5 artikel pr. medie. Da en totaltælling af ressource- og tidsmæssige årsager ikke var muligt, bestod den store udfordring derfor i identifikationen af egnede strataelementer.

Indholdsanalysen i LIFESTAT-projektet skal omfatte landsdækkende dansksprogede aviser, hvilket betydeligt indsnævrer det mulige udfaldsrum. Desuden var det et udtalt ønske for projektets styregruppe og ikke mindst den medicinske PI, Flemming Dela, at BT blev en del af samplet. Dette skyldes ikke mindst avisens store fokus på sundhed og selvudråbte position som "Danmarks Sundhedsavis"¹¹.

Det står ikke nærmere beskrevet i LIFESTAT-projektet, hvor mange dansksprogede aviser samplet skal udgøres af. Derfor blev det for at øge variationen af artikler aftalt i styregruppen at fokusere på to landsdækkende aviser og desuden inddrage ét landsdækkende ugeblad. Ved at supplere samplet med et landsdækkende ugeblad frem for at vælge en eventuel tredje avis sikredes en højere grad af mangfoldighed i relation til indhold og vinkling af sundhedsstof. I den tidlige tentative gennemgang af et egnet sample viste det sig nemlig, at landsdækkende aviser ofte havde en sammenfaldende vinkling til sundhedsindhold. Den største diskrepans blev fundet mellem morgenaviser og tabloide ditto samt mellem aviser generelt og ugeblade.

Denne tilgang, hvor de største aviser og ugeblade har forskerens bevågenhed, er en variation af den stratificerede samplingsteknik, som Eskjær og Helles (2015: 56) kalder *popularitetssampling*. Her afgøres det forskningsmæssige fokus af det enkelte medies udbredelse og indflydelse. Jo større og bredere et medie er, desto mere repræsentativ vil undersøgelsen være. De valgte aviser og ugeblade i nedenstående tabel er valgt ud fra popularitetssamplings princip om udbredelse. Index Danmark/Gallup læsertal blev konsulteret med følgende resultat:

Læsertal fra Index Danmark/Gallup 2.+3. kvartal 2014

Aviser	Læsertal	Ugeblade	Læsertal
BT	169.000	Alt for Damerne	245.000
Berlingske Tidende	187.000	Billed Bladet	502.000
Ekstra Bladet	157.000	Familie Journal	425.000
Information	80.000	Femina	225.000
Jyllands-Posten	259.000	Hjemmet	348.000
Kristelig Dagblad	94.000	In	109.000
Politiken	302.000	Ude og Hjemme	353.000

Kilde: Index Danmark/Gallup

Tabel 4

Med et læsertal på henholdsvis 302.000 og 502.000 ville Politiken og Billed Bladet være de naturlige valg i forbindelse med en popularitetssampling. Læsertallene er dog ikke anvendelige i sig selv. Det skyldes, at indholdet i de respektive medier på stofområdet statiner og kolesterolsænkende medicin ikke fremgår af læsertallene. For at sikre, at samplet også på indholdssiden var repræsentativt, blev den ovenfor nævnte Infomediakørsel gentaget, denne gang med fokus på de enkelte medier. Fagbladene er medtaget for at perspektivere, men blev tidligt i forløbet fravalgt grundet deres begrænsning i udbredelse og generelle adressering til sundhedsfagligt personale.

Antal artikler omhandlende statiner og kolesterolsænkende medicin i perioden 1/1 1990 til 30/6 2014

Aviser	Antal artikler	Ugeblade	Antal artikler	Fagblade	Antal artikler
BT	102	Alt for Damerne	÷Infomedia	Dagens Medicin	214
Berlingske Tidende	111	Billed Bladet	0	Diabetes	7
Ekstra Bladet	35	Familie Journal	17	Helse	21
Information	18	Femina	0	Hjertenyt	16
Jyllands-Posten	117	Hjemmet	0	Krop & Fysik	2
Kristelig Dagblad	20	In	0	Pharma	15
Politiken	100	Ude og Hjemme	22	Sygeplejersken	7

Tabel 5

¹¹ <http://www.bt.dk/motion/danmarks-sundeste-avis>

Jyllands-Posten samt Ude og Hjemme er med henholdsvis 117 artikler og 22 artikler de naturlige valg i forhold til antallet af artikler om statiner.

Denne diskrepans mellem indhold og udbredelse blev i avismæssig sammenhæng løst ved, at Politiken blev valgt frem for Jyllands-Posten. Politiken er Danmarks mest læste avis, og samtidig er læserne livsstilsmæssigt antipoder i forhold til BT's læsere. Her tilhører BT's læsere generelt gruppen af *Traditionelle individorienterede* personer. Politikens ditto tilhører gruppen af *Moderne fællesskabsorienterede*, hvis de testes med livsstilstesten Gallup Kompas¹². Ved at vælge Politiken frem for Jyllands-Posten sikres en bredere tilgang, da Jyllands-Postens læsere som *Moderne individorienterede* generelt ligger tættere på BT-læserens traditionelle *individorienterede* livsstil. Det betyder i forbindelse med denne afhandling, at forskellig vinkling og prioritering af indholdet i avisen afspejler kernelæserens livsstil. Ved at medtage Politiken frem for Jyllands-Posten øges sandsynligheden for en mere differentieret indholdstilgang, når BT's inddragelse i indholdsanalysen er obligatorisk. Se også medieafsnittet, hvor den generelle medialisering af samfundet underbygger denne pointe.

Ud over BT og Politiken blev også Ude og Hjemme valgt som en del af samplet. Selvom Familie Journalen har et højere læsertal, er antallet af artikler om statiner i Ude og Hjemme højere. Foretager man et vægtet mål af antallet af statinartikler i forhold til antallet af læsere, har Ude og Hjemme 6,23 statinartikler pr. 100.000 læsere, mens Familie Journalen har 4,00 statinartikler pr. 100.000 læsere. I relation til en popularitetssampling er det derfor Ude og Hjemme, der bør vælges, da de med flere historier også rammer relativt flere læsere per historie.

Det blev for at udvide samplet besluttet at inddrage yderligere et ugeblad. Det skete igen for at få et mere nuanceret sample ved at medtage et modeblad, der indholdsmæssigt ligger langt fra Ude og Hjemme, men som også har stor udbredelse. Alt for Damerne var grundet højere læsertal end Femina det naturlige popularitetsvalg. Alt for Damerne måtte dog fravælges, da bladet ikke er tilgængeligt via Infomedia, og det ville dermed fravige fra den anvendte analysestrategi med Infomedia som den primære artikelkilde. Femina blev derfor inddraget i indholdsanalysen, da bladet havde det næsthøjeste læsertal. Det kan i første omgang synes paradoksalt at inddrage et medie, der ikke indeholder artikler om statiner, men analysen skulle også dække artikler om kolesterol og sund livsstil, og her var Femina på omgangshøjde med de andre aviser og blade i samplet. Se desuden afsnittet omkring "Motivation for fokus på de trykte medier" for yderligere uddybelse.

Da medierne i udvalgsrammen var på plads, var næste trin at se på antallet af artikler og dermed størrelsen af udvalgsrammen. Eskjær og Helles (2015: 63) nævner, at 100 enheder er et minimum, mens 200-250 vil give et sikkert grundlag. Alt derover vil være attråværdigt.

For at få en forståelse for størrelsen af udvalgsrammen udgjorde en række forskningsartikler, hvor avis- og ugeblads-artikler med sygdom og sundhed som omdrejningspunkt, inspirationskilden for en bestemmelse af antallet af artikler i samplet.

Antallet af analyserede *medier* varierer kraftigt i disse artikler. Der er ofte tale om, at man har analyseret 1-5 aviser eller blade, som i undersøgelser af Benoit et al. (2005), Sandberg (2007), Claassen et al. (2012) og Andsager og Powers (1999), men det samlede antal kan i enkelte tilfælde overstige 40 aviser, som hos Niederdeppe et al. (2010) samt Jensen et. al. (2012). I nærværende analyse er samplet som nævnt 2 aviser og 2 ugeblade, hvilket må anses for at være et ganske rimeligt antal, der ligger klart inden for normen.

Samme tendens til en bred spændvidde gælder også for den *tidsperiode*, der analyseres i de ovennævnte undersøgelser. Tidsspændet kan variere fra 4 måneder, som hos Huws & Jones (2010), og op til 52 år hos Benoit et al. (2005). Det generelle billede viser dog et spænd på mellem et halvt til fem år som hos f.eks.

¹² <http://tns-gallup.dk/services/gallup-kompas>

Niederdeppe et al. (2010) og Sandberg (2007). *Tidsperioden* var i LIFESTAT-regi, som nævnt på forhånd, givet til tre år, hvilket, set i relation til andre undersøgelser, er fuldt ud tilfredsstillende.

Modsat de to ovennævnte parametre var brugen af *mediarkiv* ikke prædefineret, men syntes at være det mest naturlige og tidsbesparende valg. Krippendorff (2013: 224) anbefaler brugen af online mediarkiver, der har en lang tradition for at indsamle tekster systematisk og troværdigt. Dette synes i høj grad at være gældende for Infomedia, der blev etableret i 2003 ved en sammenlægning af POLINFO og Berlingske Avisdata. Mediarkivet indeholder mere end 70 mio. danske artikler dateret tilbage til 1990 og beskæftiger mere end 200 medarbejdere¹³. I relation til de foreskrevne retningslinjer omkring dansksprogede aviser og senere også ugeblade var valget af Infomedia som mediarkiv helt naturligt og med til at reducere arbejdsmængden ganske betydeligt. Generelt benyttes en lang række søgemaskiner, databaser og mediarkiver til at identificere et mere præcist sample. Sandberg (2007) benytter i sin svenske undersøgelse af fedme *PressText* og *Mediarkivet*, mens Claassen et al. (2012) anvender *Lexis Nexis* i Holland og Knudsen et al. (2011) *Atekst* i Norge. Valget af søgemaskine afhænger kraftigt af de nationale muligheder, hvorfor det synes oplagt at anvende *Infomedia* i en dansk sammenhæng.

Det var straks mere udfordrende at afgøre arten og mængden af søgeord i forbindelse med *dataindsamlingen*. Det skyldes ikke mindst, at for hvert ord, man tilføjer til sin søgning, stiger antallet af artikler i samplet. I LIFESTAT-projektet beskrives fire parametre, som skal danne grundlaget for indholdsanalysen: *Healthy life-style*, *cholesterol*, *exercise* og *statin use*. I dansk sammenhæng blev søgeparametrene efter oversættelse og reformulering som følger: *Sund livsstil*, *motion*, *kolesterol* og *statiner*.

Ud fra ønsket om at få et dækkende sample blev de enkelte parametre operationaliseret, så de udgjorde mere repræsentative søgeord både i singularis og pluralis. Dette anbefales også af Krippendorff (2013: 214). Desuden viste den tidlige tentative gennemlæsning af flere artikler, at statiner ofte blev omtalt som kolesterolsænkende medicin, hvorfor denne term også blev en del af søgeordene. Resultatet af søgningen med de operationaliserede søgeparametre fremgår af tabel 6.

Antal artikler ved søgninger i Infomedia i perioden 1/7 2011 til og med 30/6 -2014					
Ord	BT	Politiken	Femina	Ude & Hjemme	I alt
Statin / statiner	42	6	-	11	59
Kolesterolsænkende medicin(er)	18	12	-	17	47
Kolesterol / kolesteroler	164	83	23	109	379
Sund livsstil	106	70	29	27	232
Motion	1.047	1.143	509	731	3.430
I alt	1.377	1.314	561	895	4.147

Tabel 6

Som det fremgår af ovenstående, udgør søgeordet *motion* alene mere end 3/4 af det samlede sample og ville derfor være alt for talmæssigt dominerende i forhold til undersøgelsens fokus, med mindre det blev defineret mere optimalt. Det var derfor nødvendigt at under-rubricere begrebet *motion* eller helt fjerne ordet. Det blev derfor af praktiske grunde besluttet, at motion ikke skulle indgå som et selvstændigt søgekriterium, men at det blev medtaget i sammenhænge, hvor de andre søgeord kom i spil.

Efter denne nedjustering af antallet af søgeord blev det endelige og faktiske antal artikler i relation til de respektive søgeord yderligere reduceret grundet overlap i repræsentationen af søgeord i de enkelte

¹³ <http://infomedia.dk/servicemenu/virksomheden/>

artikler. Således indeholdt en række artikler både ordene statiner og kolesterolsænkende medicin, og derfor er antallet af artikler ikke samstemmende med tabellen ovenfor. Det ord, der optrådte først i artiklen, blev afgørende for kategoritilhørsforholdet i relation til søgeord. Det endelige sample opgjort efter søgeord ser derfor således ud:

Antal artikler fordelt på søgeord i perioden 1/7 2011 til og med 30/6 2014

Ord	BT	Politiken	Femina	Ude & Hjemme	I alt
Statin / statiner	30	6	-	7	43
Kolesterolsænkende medicin(er)	18	10	-	12	40
Kolesterol / kolesteroler	132	81	23	95	331
Sund livsstil	91	65	27	26	209
I alt	271	162	50	140	623

Tabel 7

Det samlede antal unikke artikler i samplet udgør altså 623 artikler. I relation til Eskjær og Helles' acceptable antal på omkring 250 artikler viste ovennævnte artikelgennemgang, at stikprøvestørrelser varierer i antal fra 98 hos Huws og Jones (2010) og helt op til 53.934 hos Stevens og Hull (2013). Der er dog oftest tale om et mere overskueligt antal på omkring 500 artikler (Johnson et al. 2011; Goodfellow et al. 2013; Claassen et al. 2012). Det må derfor kunne konkluderes, at samplet i denne undersøgelse er yderst tilfredsstillende, ikke mindst set i lyset af, at den samlede kodning blev foretaget af én og samme koder.

Kodningen, eller den regelbaserede proces med at kategorisere indholdsorienteret kommunikation, er indholdsanalysen udfoldet i praksis. Det kan enten ske ved brug af én eller flere kodere, men der kan anes en sammenhæng mellem stikprøvens størrelse og antallet af kodere. Således benytter Stevens og Hull (2013) en række uddannede kodere i forbindelse med analysen af deres store stikprøve på mere end 50.000 artikler. Det samme gælder også Claassen et al. (2012), der til deres relativt lille sample af 332 artikler benytter 2 kodere.

Eskjær og Helles (2015: 76-77) opridser fordele og ulemper ved brug af en eller flere kodere, som kan opstilles på følgende måde:

Fordele og ulemper ved henholdsvis en eller flere kodere

En koder		Flere kodere	
Fordel	Ulempe	Fordel	Ulempe
Stor indsigt i genstandsfeltet	Koderkonsensus	Ingen koderkonsensus	Manglende interkoderreliabilitet
Egen udformning af koderedskaber	Idiosynkrasi	Mulighed for gennem dialog at identificere problemer i kodemanual/skema	Stort arbejde at instruere andre kodere
Samme kognitive kapacitet			Forskellige kognitive kapaciteter
Mere konsistent kodning			

Tabel 8

Som det fremgår af tabel 8, synes der at være et relativt større antal fordele end ulemper ved at anvende den samme koder på hele samplet. Den eneste ulempe er tendensen til, at en enkelt koder benytter en

enøjet tilgang til samplet ved idiosynkratisk at udvikle en koderkonsensus, der er implicit og indforstået (Krippendorff 2013: 131). Dette kan dog i langt de fleste tilfælde afhjælpes ved at benytte en pilottest af kodemanualen eller ved at foretage en overlappende kodning involverende mere end én koder.

I den aktuelle situation var det grundet det samlede forløb i LIFESTAT-undersøgelsens mediedel mest optimalt, at forskeren selv forestod kodningen. Dels for at få et grundigt indblik i, hvorledes feltet omkring sundhed, kolesterol og statiner bliver beskrevet i de trykte medier, og dels fordi det er en fordel på forhånd at have et vist kendskab til det sprog og de koder, der omgiver dette genstandsfelt (Eskjær og Helles 2015: 76).

For at imødegå kritikken omkring idiosynkrasi og koderkonsensus blev en pilottest af kodemanualen appliceret på et undersample af de fundne artikler, hvilket vil blive beskrevet efterfølgende.

2.1.3 Kodning

Efter at have identificeret samplet via typen og antallet af *recording units* vil en naturlig fortsættelse af indholdsanalyseprocessen være at afgøre antallet og arten af separate kategorier eller variable. Med udgangspunkt i de *context units*, som de enkelte tekster indeholder, skal det afgøres, hvilke variable indholdet af de enkelte artikler kan kategoriseres i forhold til.

Krippendorff (2013: 130-131) og Eskjær og Helles (2015: 72-73) understreger, at brugen af et konsistent og udtømmende kategoriseringssystem er af afgørende vigtighed. Den kvantitative indholdsanalyse registrerer indholdselementer i et givent kommunikationsprodukt. Indholdselementerne omtales som variable, da deres art og karakter kan variere. Indholdsanalysens formål er at identificere disse forskelle i variation og værdi til efterfølgende analyse.

Det nævnes samtidig, at denne proces med at opstille et konsistent kategoriseringssystem kan være en udfordring. Det skal her bemærkes, at ordet *værdier* hos Eskjær og Helles og *dimension* hos Krippendorff henviser til underkategorier af de overordnede *variable*, der udgør *kategorierne* i indholdsanalysen. Krippendorff (2013: 130) nævner fire parametre, der kan være med til at minimere udfordringerne:

- De kommunikationsprodukter, man undersøger, skal indeholde de dimensioner, man kategoriserer i forhold til.
- Dimensionerne må ikke overlappe hinanden.
- Dimensionerne skal være entydigt og klart formuleret, så eventuelle kodere kan sondre mellem disse.
- Dimensionerne skal være gensidigt udelukkende og samtidig dækkende for udfaldsrummet.

Når det kommer til identificering af *recording units*, understreger Bryman (2012: 298), lige som i tilfældet med stikprøvens størrelse, at der ikke er nogen stringent fremgangsmåde til afgørelse af antallet af kategorier. Eskjær og Helles (2015: 73) giver dog et bud. I en sammensat undersøgelse som denne kan 10-15 variable være et meget slagkraftigt værktøj, når der suppleres med den kvalitative tilgang.

Ved en gennemgang af videnskabelige artikler, hvor sundhed har været omdrejningspunkt for en indholdsanalyse, synes der at være enighed om at benytte 3 til 6 variable ud over de *demografiske* variable. Andsager et al. (1999) samt Jensen et al. (2012) er gode eksempler på dette.

Der er samtidig en tendens i disse forskningsartikler til, at man bestemmer den vinkel, som journalisten forsøger at disponere sit stof i forhold til. Er der tale om nyheder, rådgivning, baggrund eller lignende.

Både Claassen et al. (2012: 687) og Sandberg (2007: 456-457) opgør arten og antallet af kilder.

Bryman (2012: 299) anbefaler lige som Eskjær og Helles (2015: 68), at man indledningsvis og for overblikkets skyld noterer en række *demografiske* variable som f.eks. nummer, dato, medie og længde eller antal ord.

De nedenfor oplyste variable udgør de kategorier, der er blevet identificeret som essentielle for besvarelse af afhandlingens mål, og de vil i det følgende blive kvalificeret og uddybet. Specielt de tre sidste dimensioner *Tema*, *Holdning* og *Kilde* er interessante i relation til Krippendorffs retningslinjer:

1. Nummer

Sikring af identifikation af alle observationer via fortløbende numre på artikler.

Kategorien tjener udelukkende til identifikation for forskeren og anvendes ikke i dataanalysen.

2. Dato

Udgivelsesdatoen for artiklen noteres.

3. Medie

De fire medier i fokus, BT, Politiken, Femina samt Ude og hjemme, indtastes i matricen.

4. Længde

Antallet af ord i hver artikel identificeres via de i Infomedia opgivne værdier.

5. Søgeord

De fire parametre *sund livsstil*, *kolesterol*, *statiner* samt *kolesterolsænkende medicin* noteres i kodeskemaet. Ved en senere rekodning sammenlægges kategorierne *statiner* og *kolesterolsænkende medicin* til en og samme underkategori – *statiner*.

6. Fokus

For at bevare et overblik over indholdet af de enkelte artikler noteres det overordnede fokus i kodeskemaet. Det vil i praksis sige en opsummering af indholdet med inspiration fra overskriften.

Kodevariablen "Fokus" er udelukkende medtaget for at fremme en efterfølgende identifikation af artikler i forbindelse med den kvalitative indholdsanalyse og indgår ikke i dataanalysen.

7. Tema

De enkelte artiklers indhold er kategoriseret i forhold til 9 forskellige underordnede indholdsdimensioner.

De nedenstående dimensioner er udviklet af Claassen et al. (2012: 683) i forbindelse med en indholdsanalyse af mediedækningen i hollandske aviser af elektromagnetiske bølger fra mobiltelefoner. Undersøgelsens værdier er relevante at anvende, da holdningen til elektromagnetiske bølgers eventuelt skadelige virkning skaber uenighed i videnskabelige kredse, hvilket i høj grad også må siges at være tilfældet for brugen af statiner. Kategorierne dækker emnerne *videnskabeligt/teknisk*,

forsigtighed/bekymring, *interessekonflikt* samt *undefinerbart*. Stort set samme tilgang findes hos Sandberg (2007). Her er dimensionerne: *analyzing*, *descriptive*, *reassuring*, *questioning*, *mocking* og *alarming*.

Det er imidlertid ikke kun statiner, der er i fokus i nærværende undersøgelse, og det var derfor nødvendigt at udvide antallet af variable for at dække hele indholdsuniverset. Det viste sig ved den tidlige tentative gennemlæsning, at en række artikler indeholdende dimensionerne *rådgivning*, *personlige bekendelser*, *opskrift*, *brevkasse* samt *øvrige nyheder eller reportager* var dækkende for det resterende indhold. Fordelen ved at dække artikeluniverset bredt er, at antallet af artikler i kategorien *undefinerbart* mindskes (Eskjær og Helles 2015: 57).

Det samlede antal *undefinerbare/andet* artikler i denne undersøgelse udgør 13 artikler eller lige godt 2%, hvilket må siges at være yderst tilfredsstillende. De øvrige dimensioner under variabelen "Tema" er som følger:

Definition af undervariable i relation til kategorien Tema

Tema - undervariable	
Videnskabeligt/teknisk	Forholder sig til et videnskabeligt eller teknisk aspekt f.eks. ny viden om statiners gavnlige eller skadelige virkninger. Højt indhold af tekniske data til baggrund og med et højt antal af eksperter eller forskere som kilder. Kategorien omfatter 128 artikler eller 21% af det samlede artikelunivers.
Forsigtighed/bekymring	Tager udgangspunkt i sundhedsskadelige tiltag eller forholdsregler for at undgå effekter af sundhedsskadelige karakter. Ofte en bekymret ekspert, der opfordrer til, at flere patienter bør tjekkes, eller en forsker der godkender livsstilsændringer. Oftest er der ikke tale om ny viden. Kategorien omfatter 18 artikler eller 3% af det samlede artikelunivers.
Interessekonflikt	Partsindlæg eller opridsning af uenighed i form af personlige, økonomiske eller politiske konflikter f.eks. mellem medicinal-industriens interesser og den enkelte borgers rettigheder. Ofte politiske udmeldinger, forskellige holdninger til kampagner, hvor forskere taler for og imod en ny ide, produkt eller behandlingsmetode. Herunder debatindlæg og metaartikler om uenighed på et felt indeholdende interview med en ekspert, politiker eller kendis. Kategorien omfatter 33 artikler eller 5% af det samlede artikelunivers.
Rådgivning	Opfordring til ændret adfærd fra ekspert eller kendis. Gør dit eller dat. Artiklen afsluttes undertiden med en opskrift - hvis budskabet inden er længere end opskriften, er det rådgivning. Må ikke indeholde spørgsmål fra læserne eller være en fast klumme. Kategorien omfatter 229 artikler eller 37 % af det samlede artikelunivers.
Personlige bekendelser	Kendis, forsker, sundhedsekspert eller privatperson taler ud eller bliver interviewet om egne personlige problemer, holdninger eller erfaringer. Sådan er mit liv eller det har jeg oplevet. Kategorien omfatter 52 artikler eller 8% af det samlede artikelunivers.
Opskrift	Hvis det samlede fokus på madopskriften er det mest omfangsrige i artiklen. Kategorien omfatter 14 artikler eller 2% af det samlede artikelunivers.
Brevkasse	Brevkasse med gode råd fra kendisser, eksperter eller forskere med blandt andet spørgsmål fra læserne. Der er ofte tale om en fast rubrik i bladet. Kategorien omfatter 81 artikler eller 13% af det samlede artikelunivers.
Øvrige nyheder eller reportager	Rent nyhedsfokus, der udelukker tekniske og videnskabelige artikler og ikke indeholder udsagn som "Nye tal viser" eller "Ny undersøgelse siger". Er ofte en beskrivelse af en situation fra et land, en bestemt temadag eller en event. Undertiden forbrugertips eller købsguide forklædt som en anmeldelse af film, tv, musik eller bog. Kan også være en direkte reklame for Politikens eller Feminas produkter eller events. Kategorien omfatter 55 artikler eller 9% af det samlede artikelunivers.
Udefinerbart	Artikler der ikke kan relateres til ovenstående kategorier, f.eks. horoskoper og læserkommentarer. Kategorien omfatter 13 artikler eller 2% af det samlede artikelunivers.

Tabel 9

8. Holdning

De enkelte artiklers standpunkt i relation til tema bliver her noteret i forhold til termene "positiv", "neutral" eller "negativ" og er defineret på følgende vis:

Definition af undervariable i relation til kategorien Holdning

Holdning - undervariable	
Positiv	Artiklerne har en positiv og anprisende tilgang til temaet. Nye resultater, medicin eller produkter har en positiv virkning på vores helbred eller liv. Ensidig kildeanvendelse hvor sagen kun belyses fra den positive vinkel og ikke bliver modsagt eller problematiseret. anbefales af eksperter ved tydelig og kraftig tilkendegivelse. Kun ét overordnet budskab.
Neutral	Budskabet kan være både positivt og negativt, men vinklen er stadig neutral. Ofte to eller flere kilder med forskellige holdninger. En kilde lovpriser mens en anden kilde kritiserer viden, produkt eller holdning. Der vises en løsning på et problem, samtidig med at løsningen modsiges. Ofte en nøgtern konstatering af fakta uden stillingtagen.
Negativ	Artiklens indhold er negativ i forhold til tema. Ofte advarsler til læseren mod et produkt eller en holdning. Kildeanvendelse er ensidig og indtager kun den negative position, som ikke bliver modsagt eller problematiseret. Ofte meget tydelige og kraftige negative tilkendegivelser fra kilder. Kun ét overordnet budskab.

Tabel 10

9. Kilde

Af hensyn til omfanget af kategorien, og da det i praksis viste sig, at kun to artikler anvendte mere end seks kilder, noteres de første seks kilder, der optræder i artiklen.

Retningslinjer for notering af kilder i kodeskema

Følgende noteres:	
Forsker	Navnet angives men ikke hvor han/hun er ansat.
Institution	Universitet, styrelse eller interesseorganisation noteres, hvis ikke forsker- eller ekspertnavn er opgivet.
Tidsskrift	Navnet noteres når informationen stammer fra et tidsskrift og ikke andet er opgivet.
Brevkasseredaktør	eller klummeskribenter - deres navn noteres.
Privatperson	Termen anvendes om alle personer der optræder som sandhedsvidner og ikke eksperter – personens egentlige navn noteres ikke, blot termen.
Følgende noteres <u>ikke</u>:	
Forsøgspersoner	Eller voxpop-deltagere, fagpersonale, forskere eller eksperter der omtales uden at denne person udtaler sig.
Personer	Eller organisationer der omtales men ikke udtaler sig - er ikke kilder.
Kunstnere	Der akkrediteres i forbindelse med citat af deres værk - digt eller sang.
Land	Eller by er nævnt som kilde i en undersøgelse.

Tabel 11

Med ovenstående gennemgang in mente ser det endelige kodeskema ud som følger:

Kodeskema		
Variabel:	Værdier:	Kodningsinstruks:
Nummer	1 - 623	Ej relevant
Dato	Fra d. 1/7 2011 til d. 30/6 2014	Angiv datoen for hvornår artiklen er blevet bragt
Medie	BT, Politiken, Femina, Ude og Hjemme	Angiv hvilket medie nyhedshistorien optræder i
Længde		Længden af artiklen i antal ord
Søgeord		Ej relevant
Fokus		Ej relevant
Tema	Videnskab/teknik, Forsigtighed/bekymring, Interessekonflikt, Rådgivning, Personlige bekendelser, Opskrifter, Brevkasse, Øvrige nyheder eller reportager, Udefinerbart	Benyt de opstillede retningslinjer i kodermanualen
Holdning	Negativ, Neutral, Positiv	Benyt de opstillede retningslinjer i kodermanualen
Kilde 1-6		Angiv de kilder der optræder i artiklen med navns nævnelse - enkeltpersoner, organisationer, og tidsskrifter.

Tabel 12

2.1.4 Koderkonsensus og interkoderreliabilitet

Med en nyudviklet kodermanual anbefaler Krippendorff (2013:272- 273), at man som det første kontrollerer konsistensen af manualens variable og dimensioner. Det gøres i indeværende afhandling ved at efterprøve graden af koderkonsensus og niveauet af interkoderreliabilitet. Koderkonsensus undersøger, om forskeren har udviklet implicite forudsætninger for sin dataregistrering, når denne egenhændigt står for kodningen (Eskjær og Helles 2015: 77), mens interkoderreliabilitet undersøger, i hvor høj grad koderne er enige i deres kodning (Eskjær og Helles 2015: 77).

Eskjær og Helles formulerer forebyggelsen af koderkonsensus og udførelse af testning af interkoderreliabilitet på følgende vis:

En simpel foranstaltning til at undgå koderkonsensus er således (endnu engang) at benytte en pilottest. I dette tilfælde udført på en eller flere udefrakommende personer, der således kan teste, hvorvidt kodningen rent faktisk kan udføres tilfredsstillende på baggrund af kodeskema og kodermanual (...)
Spørgsmålet om interkoderreliabilitet gælder imidlertid også for undersøgelser, der benytter sig af en enkelt koder (...)
Det kan derfor være en fordel at få en anden person til at foretage en overlappende kodning for således at se, om man kommer frem til samme resultat.

(Eskjær og Helles 2015: 77-78)

Der er altså stort set sammenfald imellem, hvornår der testes for koderkonsensus og interkoderreliabilitet, og derfor blev disse to foranstaltninger foretaget ved samme lejlighed i dette projekt i form af en pilottest. Undersøgelsen af koderkonsensus skulle således afkræfte, at undertegnede i forbindelse med egen kodning havde udviklet en indforstået og ikke transparent tilgang, mens interkoderreliabilitetstesten skulle afprøve

overensstemmelsen mellem kodernes klassificering af artikelindholdet. Hvis begge undersøgelser giver et positivt resultat, vil det således kunne fastslås, at det var metodisk forsvarligt at anvende én og samme koder på hele samplet, samt at den dertilhørende kodemanual ikke er kompromitteret af graverende fejl. Krippendorff (2013: 273) opstiller tre punkter, der kan sikre en højere interkoderreliabilitet. Det kan opnås ved:

- At formulere en vejledning i, hvorledes kodemanualen tænkes anvendt. Det sker gennem en trinvis forklaring og via et trænings- eller introduktionsprogram.
- At rekruttere en passende mængde kodere med evner til at afkode og anvende kodemanualen.
- At koderne instrueres i at benytte kodemanualen, og at de arbejder uafhængigt af hinanden.

Krippendorffs tre anbefalinger danner grundlag for afhandlingens koderkonsensusundersøgelse og interkoderreliabilitetstest. I dette projekt er det, som tidligere anført, forskeren alene, der foretog analysen af det samlede artikelunivers, og derfor er der tale om, at interkoderreliabilitetstesten bliver foretaget ved brug af overlappende kodning. Tre studerende, alle med minimum en bachelorgrad, blev rekrutteret til at deltage i pilottesten. De gennemgik en 20 minutters instruktion med illustrerende brug af Power Point slides (bilag B1), hvor kodemanualens principper og anvendelighed blev gennemgået. Det var muligt at notere i den medfølgende kodeguide og undervejs stille spørgsmål. Derefter blev de bedt om at kode 20 artikler udvalgt tilfældigt blandt undersøgelsen 623 artikler. Det skete ved brug af en tilfældighedsgenerator¹⁴, hvor det samlede antal af artikler blev indtastet sammen med stikprøvestørrelsen på 20. Tilfældighedsgeneratoren genererede herefter tyve tal mellem 1 og 623. Alle artikler i artikeldatabasen var udstyret med et nummer i forhold til den rækkefølge, de var analyseret i, og disse nummererede artikler blev derefter matchet med de tyve tilfældigt genererede tal og anvendt som kontrolsample.

Eskjær og Helles (2015: 79) giver et eksempel på en interkoderreliabilitetstest med to kodere og et sample på 30 artikler, hvorfor 3 kodere og 20 artikler må anses for at være fuldt ud acceptabelt.

Resultatet af koderkonsensusundersøgelsen fremgår af nedenstående skema, hvor antallet af overensstemmelser mellem forskeren og koderne er opgjort i absolutte tal og procent i forhold til de enkelte variable. Variablene er forklaret i variabelgennemgangen tidligere i kapitlet. Resultatet af testen er som følger:

Numerisk og procentvis overensstemmelse mellem forsker og pilotkodere i forhold til variable

	Koder 1		Koder 2		Koder 3		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Dato¹	20	100 %	20	100 %	20	100 %	80	100 %
Medie	20	100 %	20	100 %	20	100 %	80	100 %
Antal ord	20	100 %	20	100 %	20	100 %	80	100 %
Holdning	10	50 %	6	30 %	6	30 %	22	37 %
Tema	17	85 %	18	90 %	18	90 %	53	88 %
Kilder²	41	95 %	36	84 %	38	88 %	115	89 %
I alt³	128	90 %	120	84 %	122	85 %	370	86 %

¹ Variablene Dato, Medie, Antal ord, Holdning og Tema havde hver 20 dimensioner, der skulle identificeres.

² Variablen Kilder havde 43 dimensioner, der skulle identificeres. ³ Der var samlet 143 dimensioner, der skulle identificeres.

Tabel 13

¹⁴ <http://randomnumbergenerator.intemodino.com/dk/tilfaldige-tal-generator.html>

Som det kan ses, er der en samlet overensstemmelse på 86 procent, hvilket ligger lige over de 85 procent, som Eskjær og Helles (2015: 78) finder, er et minimum for det acceptable i en koderkonsensus. Det dækker dog over et stort spænd i de enkelte variables overensstemmelse, der varierer fra 37 til 100 procent. Det primære resultat er dog, at alle variable overholder mindstekravet på 85 %, bortset fra variabelen *"Holdning"*, der ligger langt under det acceptable niveau.

Nogle variable vil formentlig vise sig at have meget dårlige tal for interkoderreliabilitet, og i disse tilfælde kan det være nødvendigt helt at kassere dem eller korrigere sin kodebog og få variablene genkodet.

(Eskjær og Helles 2015: 81)

Det er altså ikke usædvanligt at opleve, at enkelte variable ikke lever op til mindstekravet. I dette tilfælde skyldes det ringe resultat ikke en fejl i kodemanualen, men en fejl i koderinstruksen. Da kodningsprocessen efterfølgende blev evalueret med koderne, viste det sig nemlig, at samtlige kodere havde samstemmende oplevelse af instruktionen. Undertegnede havde understreget, at dimensionen *"Neutral"* under variabelen *"Holdning"* kunne identificeres ved, at modsatrettede holdninger blev nævnt i artiklen. Det blev af koderne opfattet som, at repræsentationen af disse modsatrettede holdninger var en forudsætning for, at en artikels indhold kunne kategoriseres som værende *Neutral*. Det medførte, at koderne meget ofte kategoriserede *neutrale* artikler som *positive*, når indholdet ikke var problematiserende. En efterfølgende korrigering og en fælles identificering mellem koderne gav et helt andet og langt højere niveau af overensstemmelse på 89 procent. Dette er imidlertid ikke et pålideligt metodegreb, og variabelen *Holdning* vil derfor som anbefalet af Eskjær og Helles ikke blive anvendt i analysen. Undtages variabelen *Holdning* helt i den samlede test, ender overensstemmelsen mellem forsker og kodere på hele 94 %. Den ultrakorte instruktionstid på 20 minutter taget i betragtning må det siges at være et fuldt ud tilfredsstillende resultat, hvorfor det med rimelighed må kunne fastslås, at der ikke i løbet af analysen er udviklet en koderkonsensus

Det positive resultat til trods, så er det imidlertid også nødvendigt at afgøre, om kodekategorierne er veldefinerede og forklaret korrekt til kontrolkoderne. Krippendorff (2013: 273) forklarer og mener i lighed med Eskjær og Helles (2015: 77), at interkoderreliabilitet er nødvendigt for at kunne måle forholdet imellem de uddannede koderes forståelse af kodemanualen. Det sker i praksis ved at se på forholdet imellem koderens evne til at afkode ens, samtidig med at der tages højde for det tilfældige sammenfald i kodningen, som rent statistisk vil kunne forekomme. Til dette formål kan en lang række statistiske tests anvendes (Hayes og Krippendorff 2007: 80-82) og herunder blandt andet Scott's π og Krippendorffs α , som ofte benyttes ved indholdsanalyser af medieproduktet (Eskjær og Helles 2015: 78). Scott's π har sin styrke ved indholdsanalyser med to kodere, mens Krippendorffs α kan benyttes uanset antallet af kodere. Krippendorffs α vil derfor blive benyttet i denne sammenhæng, da der skal testes for fire kodere - én forsker og tre kontrolkodere. Fordelen ved brugen af Krippendorffs α er desuden, at de matematiske beregninger kan foretages ved brug af SPSS ved indlæsning af Hayes til lejligheden udviklede makro, som kan tilgås via internettet¹⁵.

Som i tilfældet med koderkonsensus er der også i tilknytning til Krippendorffs α mål for, hvornår et tilfredsstillende niveau af interkoderreliabilitet er opnået. Generelt er der tale om, at en α -værdi på over 0,8 er tilfredsstillende (Krippendorff 2013; De Swert 2012). De Swert (2012: 5) påpeger dog, at simpel binær kodning i form af dikotome variable med for eksempel ja/nej-kategorier bør have en højere α -værdi. Det er imidlertid ikke tilfældet i dette projekt, da ingen af de kodede variable er dikotome, hvorfor en α -værdi på over 0,8 anses for at være tilfredsstillende. Eskjær og Helles (2015: 81) anbefaler, at der beregnes individuelle α -værdi for samtlige variable i samplet.

Ved anvendelse af SPSS og Hayes makro findes følgende α -værdier for de enkelte variable i samplet:

¹⁵ <http://afhayes.com/spss-sas-and-mplus-macros-and-code.html>

Krippendorffs α -værdier i forhold til variable

Variabel	Krippendorffs α
Dato ¹	N/A
Medie ¹	N/A
Antal ord ¹	N/A
Holdning ¹	0,1081
Tema ¹	0,8297
Kilder ²	0,9616

¹Variablen analyseret som nominalskala

²Variablen analyseret som ordinalskala

Tabel 14

De enkelte SPSS-output af de respektive Krippendorff α -beregninger fremgår af bilag B2.1 – B2.6. Det bemærkes, at Krippendorffs α ikke kan beregnes for variablene *Dato*, *Medie* og *Antal ord*. Det skyldes, at der er 100% sammenfald mellem de fire kodere, og at Krippendorffs α netop er en beregning af forholdet mellem forskellene mellem koderne. Ved overensstemmende kodning anfører Hayes makro ikke værdien 1, men følgende: *Input Reliability Data Matrix Exhibits No Variation* se bilag B2.1 – B2.3.

Interkoderreliabiliteten for variabelen *Tema* ligger på et acceptabelt niveau med 0,83 mens *Kilder* ligger på et særdeles højt niveau med 0,96. Endelig viser misforståelsen af kodningsprincippet for variabelen *Holdning* sig ved et niveau nede på 0,11, hvilket underbygger beslutningen om at udelade variabelen i den videre analyse. Ved udeladelse af variabelen *Holdning* og fastsættelse af interkoderreliabiliteten for variablene *Dato*, *Medie* og *Antal ord* til 1 fås en gennemsnitlig α -værdi på 0,96 for de i den videre analyse anvendte variable.

Qua dette resultat må det derfor kunne konkluderes, at kodemanualen og den deraf følgende operationalisering i form af kodning og afsluttende resultatmatrice må anses for at være på et sådant niveau, at det er fuldt forsvarligt at arbejde videre med de data, som den kvantitative indholdsanalyse har genereret, når der ses bort fra variabelen *Holdning*.

2.1.5 Databehandling og kvantitativ analyse

Under analysen blev de enkelte artikler kategoriseret i forhold til de i kodemanualen udarbejdede dimensioner, og resultatet blev derefter indtastet løbende i SPSS. Begge dele anbefales af Eskjær og Helles (2015: 85).

Derefter blev et statistisk overblik muligt gennem en række univariate kørsler. Disse analyser var med til at give overblik over tendenser i materialet, men kunne ikke afgøre, om der var nogen sammenhænge mellem de enkelte variable.

For yderligere fordybelse bevægede analysen sig herefter ind i det, der kan kaldes den eksplorative fase, hvor det var muligt at efterprøve oprindelige hypoteser om blandt andet form, indhold, vinkling og kildeanvendelse.

Denne del af analysearbejdet trækker undertiden på mere komplekse statistiske metoder, ligesom man også ofte vil begynde at modificere datamaterialet, f.eks. ved at lave nye, afledte kategorier på baggrund af de originale.

(Eskjær og Helles 2015: 96)

De omtalte modificeringer betød i denne sammenhæng, at en lang række variable blev rekodet med henblik på mere operationaliserbare kategorier for på den måde at finde sammenhænge, der ikke fremstod ved brug af de eksisterende variable. Således blev antallet af dimensioner under variabelen *Tema* reduceret fra 9 til 5 ved sammenlægning af dimensioner. Variablen *Længde*, der optalte antallet af ord i de enkelte artikler, blev rekodet og kategoriseret i forhold til længderne *kort*, *mellem* og *lang*. Denne tilgang anvendes

bl.a. af McCombs og Shaw (1972). Antallet af kilder blev optalt i variablen *Antal kilder*, hvis dimensioner derefter blev reduceret i variablen *Antal kilder2* efter mængder på henholdsvis 0, 1, 2 og 3-6 kilder. Det vil i resultatdelen blive oplyst, hvornår der er tale om rekodede variable.

Der findes en lang række statistiske analyseredskaber, der undersøger sammenhængen mellem to eller flere variable, men Eskjær og Helles (2015: 101) fremhæver krydstabuleringen som det primære. Det skyldes arten af variablene, der for de flestes vedkommende befinder sig på et nominelt skalaniveau og dermed ikke lever op til kravene for yderligere statistisk analyse. I lighed med analysen af survey-resultaterne blev en lang række krydstabuleringer derfor foretaget med henblik på at belyse problemstillinger i forbindelse med projektet. Der fandtes således blandt meget andet sammenhæng mellem antallet af *Kilder* og typen af *Medie*, artiklernes *Længde* og *Tema* samt *Søgeord* og *Medie*. Disse sammenhænge har dog kun relevans, hvis de som også tidligere beskrevet er statistisk signifikante. Der er derfor tale om, at kun resultater, der har en p-værdi på under 0,05 vil kunne finde anvendelse i dette projekt. Både Bryman (2012: 349) og Hansen og Andersen (2009: 202) anbefaler χ^2 -testen ved udarbejdelse af krydstabeller. Denne signifikanstest vil derfor blive anvendt løbende for at sikre et højt analytisk niveau igennem hele den kvantitative indholdsanalyse.

2.2 Indholdsanalyse – kvalitativt forløb

Som en naturlig forlængelse af den kvantitative indholdsanalyse lægges der i beskrivelsen af mediedelen i LIFESTAT-projektet op til, at der foretages yderligere en indholdsanalyse i form af en kvalitativ diskursanalyse. Den primære årsag til dette greb er, som nævnt i indledningen af kapitlet, at få kvalificeret de i den kvantitative del fundne resultater og bevæge sig fra generelle sammenhænge til mere specifikke årsager (Hansen og Andersen 2009: 22).

Integrationen af en kvalitativ og kvantitativ indholdsanalyse er en af de mest anvendte metodiske kombinationer inden for medieforskningen. Eskjær og Helles (2015: 130) anser den kvalitative tilgang for en supplerende dimension af den kvantitative indholdsanalyse og mener, den er indlysende at udføre, men ser det som et sekundært valg. De skriver:

Som indholdsanalytiker vil man da også være nærmest intuitivt tilbøjelig til at supplere sine kvantitative fund med kvalitative iagttagelser. Særligt hvis man selv har stået for kodningsprocessen og således har fået et indgående kendskab til både kommunikationsindhold og fremstillingsform.

(Eskjær og Helles 2015: 130)

Som det fremstilles i citatet, er det nærmest en synd at undlade at anvende den viden, indsigt og erfaring, forskeren har opnået gennem sin kodning. Eskjær og Helles (2015: 131) ser dog en tendens til, at den ene tilgang overskygger den anden i omfang. Enten er den kvantitative eller kvalitative analyse den dominerende. Dette er også tilfældet i denne undersøgelse, hvor den kvantitative indholdsanalyse vil få forrang frem for den kvalitative diskursanalyse. Det skyldes, at den kvantitative indholdsanalyse er nævnt først og beskrevet mest udførligt i LIFESTAT-projektet, samt at en lige vægtning ville medføre yderligere en omfangsrig og tidskonsumerende undersøgelse, der ville betyde en naturlig nedprioritering af de efterfølgende survey- og interviewundersøgelser. Der vil derfor blive tale om: "...at kvalitative indholdsbeskrivelser fungerer som illustration eller uddybning af en overvejende kvantitativ indholdsanalyse" (Eskjær og Helles 2015: 131).

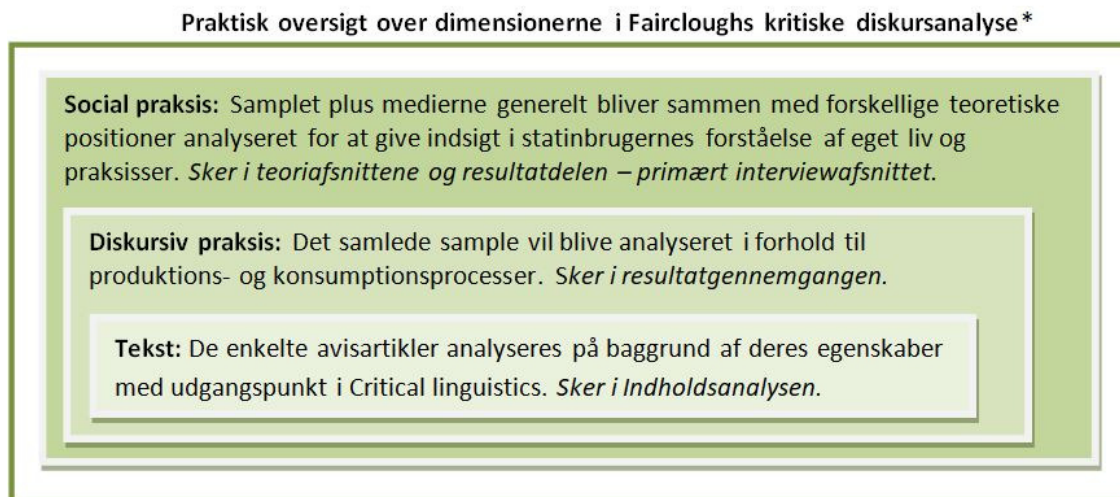
Den metodiske tilgang i den kvalitative indholdsanalyse er beskrevet som en diskursanalyse, hvilket falder godt i tråd i med det overordnede fokus i relation til *framing*-teorien. Bryman (2012: 528-541) skelner mellem den gængse *diskursanalyse* og den *kritiske diskursanalyse*, mens Jørgensen og Phillips (1999: 9-19) tilføjer *diskurspsykologi* og Laclau og Mouffes *diskursteori*. Endelig nævner Schrøder (2002: 104) *Critical linguistics* som endnu en underkategori inden for diskursanalysen.

Den kritiske diskursanalyse, diskurspsykologien samt Laclau og Mouffes diskursteori er som beskrevet af både Bryman samt Jørgensen og Phillips' meget omfangsrige i deres analyseform. Brymans egen tilgang er derimod ikke så omfangsrig. Desværre glimrer Brymans metodebog med en manglende beskrivelse af, hvordan det gøres i praksis. Derfor vil Jørgensen og Phillips' samt Faircloughs (1995) kritiske diskursanalyse danne den overordnede ramme for den kvalitative indholdsanalyse. Her vil Fairclough tjene som det teoretiske grundlag, mens Jørgensen og Phillips samt Schrøder vil blive benyttet i praksis. Således benyttes Faircloughs tredimensionelle model som udgangspunkt for diskursanalysen (Fairclough 1995: 73).

De tre dimensioner vil blive anvendt på følgende vis:

- **Tekst:** Den enkelte avisartikel vil blive analyseret på baggrund af dens egenskaber med udgangspunkt i Critical linguistics. Det sker i resultatgennemgangen af den kvalitative del af indholdsanalysen.
- **Diskursiv praksis:** Det samlede sample vil blive analyseret i forhold til produktions- og konsumptionsprocesser. Det sker ved at undersøge de forskellige måder, hvorpå avisartiklerne bliver skabt i forhold til den journalistiske proces i form af bl.a. nyhedskriterier, kilde- og genrevalg. Desuden vil teksternes mulige forståelsesrammer blive undersøgt i forhold til konsumtion ved at se på hvilke narrativer, positioner og patientroller, de tilbyder modtageren. Det sker i resultatgennemgangen af alle tre metoder.
- **Social praksis:** I forbindelse med den endelige analyse i afhandlingen vil supplerende sociologiske og mediesociologiske teorier blive inddraget for at give et bud på, hvorledes artiklerne i samplet sammen med det samlede mediebillede og sprogbrug tænkes at have betydning for den måde, hvorpå sundhed og statiner opfattes af statinbrugerne i praksis. Det sker i både teori-afsnittene og i resultatgennemgangen af specielt interviewundersøgelsen.

Skematisk kan analysedimensionerne i praksis anskues på følgende vis:



* Inspireret af Jørgensen og Phillips (1999) samt Fairclough (1995)

Figur 5

Som det fremgår, vil diskursanalysens dimensioner blive analyseret separat og dermed i overensstemmelse med den praktiske udførelse af en kritisk diskursanalyse (Jørgensen og Phillips 1999: 81). Det er dog ikke således, at denne afhandling tager sit udspring i den kritiske diskursanalyse, og derfor vil diskursanalysen i dette værk alene tjene som et metodisk redskab og ikke indgå som forklaringsdimension.

Som supplement til den praktiske udførelse af analysen af den tekstlige dimension anvendes Critical linguistics. Schrøder (2002) introducerer flere anvendelige greb, som kan finde anvendelse inden for

praktisk gennemførelse af en diskursanalyse, og her nævner han Critical linguistics-analyse. Schrøder omtaler både kvantitative og kvalitative aspekter af indholdsanalysen og ser ingen problemer i at anvende Critical linguistics i forlængelse af en kvantitativ indholdsanalyse (2002: 105-106). Et godt eksempel på en lignende tilgang med anvendelse af Krippendorff og Schrøder er beskrevet af Hjarvard og Kristensen i deres indholdsanalyse af 313 avisledere om "Danmark i krig" bragt i landsdækkende danske aviser (Hjarvard og Kristensen 2014).

Omkring anvendelse af Critical linguistics skal det nævnes, at der er tale om et tidligt, men indflydelsesrigt stadie i udviklingen af diskursanalysen, introduceret af Fowler et al. i 1979. Critical linguistics er i lighed med den kritiske diskursanalyse med til at påvise sammenhænge mellem sproglige detaljer i medierne og reproduktionen af sociale mønstre (Schrøder 2002: 105). Aviser nævnes her specifikt som et typisk medie, der påvirker den sociale reproduktion, og gennem Critical linguistics-analyse kan umiddelbart uskyldige sproglige udtryk demaskeres og afsløres som en forvrænget udgave af virkeligheden. Schrøder (2002: 105-106) opstiller en liste over greb, som Critical linguistics kan benytte i et forsøg på at afdække problematisk sprogligt indhold i medierne:

- Leksikal processering
- Transitivitet
- Syntaktisk transformation
- Modalitet
- Talehandlinger og turtagning
- Implikationer
- Adressering og personlige referencer.

Selvom listen har vundet indpas i medieforskningen, er ikke alle tilgange lige anvendelige, og derfor vil kun *leksikal processering*, *implikationer* samt *adressering og personlige referencer* blive beskrevet i relation til deres relevans og anvendelige egenskaber i forbindelse med indeværende analyse.

Ved at benytte *leksikal processering* vil indholdsanalysen kunne afdække, hvordan en særlig sprogbrug eller markante metaforer finder indpas i mediernes beskrivelse af bestemte emner. Det vil således være muligt at identificere en lang række sundhedsmæssige jargoner i relation til de forskellige temaer, den kvantitative indholdsanalyse opregner omfanget af. Således anvender ugebladet Femina meget ofte tempofyldte ord og metaforer under temaet *rådgivning*. Læseren kan således blive opfordret på følgende vis: "*Bliv sommerklar på 10 min.*" eller informeret om at "*Sådan booster du dit bikinilook*".

Implikationer i medietekster hentyder til tekstens latente indhold. Ved kritisk gennemlæsning vil det være muligt at identificere de underliggende budskaber og finde ud af, hvad der "virkelig menes" med det tekstlige indhold. Som de to tidligere eksempler fra Femina, der latent antyder, at læseren hverken er "*sommerklar*" eller "*bikiniboostet*" i læsende stund.

Adressering og personlige referencer kan være med til at beskrive, hvorledes medierne gennem deres sprogbrug og stilistiske valg adresserer bestemte modtagergrupper af forskellig social, uddannelses- eller kønsmæssig karakter. Desuden fokuseres der på personlige pronomener som *du*, *jeg* og *vi* og deres evner til at skabe fortrolighed og samhørighed. "*Sådan booster du dit bikinilook*" er et godt eksempel på personlig henvendelse til kvinder med forståelse af engelsk på et vist niveau, der er i stand til at afkode begrebet "*at booste*".

Som antydnet ovenfor, kan de tre kvalitative analysegreb, *leksikal processering*, *implikationer* samt *adressering og personlige referencer*, udviklet inden for Critical linguistics-traditionen, på denne vis tjene

som illustrative og supplerende beskrivelser i forhold til at understrege, perspektivere eller præcisere pointer, temaer og resultater fundet i forbindelse med den kvantitative indholdsanalyse.

Med den kvalitative indholdsanalyses supplerende funktion in mente blev det allerede under den kvantitative analyse noteret, når en tekst havde yderligere analytisk potentiale. I takt med at resultaterne blev indtastet i datamatricen, blev det noteret i en separat variabel, om artiklen ville egne sig til yderligere kvalitativ analyse. Det drejede sig om tekster, der bl.a. har et højt indhold af anbefalinger, konflikt, rådgivning og personlige meninger. Der var med andre ord tale om tekster, hvis samlede budskab kan have til hensigt at påvirke modtageren i en bestemt retning og derfor muligvis kan have indflydelse på den dagsorden, der gælder på statin- og sundhedsområdet, og som de efterfølgende undersøgelser skal forsøge at afdække effekten og omfanget af.

Afslutningsvis skal det præciseres, at begrebet Critical linguistics savner en egentlig dansk oversættelse, hvorfor metoden efterfølgende vil blive omtalt under betegnelsen diskursanalyse. Det sker for at lempe den sproglige anvendelse, og fordi der er tale om en subkategori under netop diskursanalysen.

2.2.1 Motivation for anvendelse af tekster til den kvalitative indholdsanalyse

Antallet af tekster, der blev fundet analyseegnede i den kvalitative indholdsanalyse, udgjorde i alt 79 artikler og blev senere reduceret til 41 artikler eller knap 7 % af det samlede artikelunivers. De omfatter alle medietyper, temaer og holdninger. Den korteste artikel var på 52 ord, og den længste på 4188. De 41 udvalgte artikler kan ses i bilag B4.1 – B4.4.

De 41 artikler er udvalgt på baggrund af en række forskellige udvælgelseskriterier og er ikke selekteret på baggrund af én overordnet samplingsstrategi. Kvale og Brinkmann (2009: 259-260) omtaler denne bricolage-tilgang som en meningsskabende taktik funderet på at formidle sammenhæng og struktur i et materiale, der ellers synes uoverskueligt. Det overvejende ønske bag inddragelsen af de enkelte artikler er at give et samlet overblik over diskursen på statin- og sundhedsfeltet i de til undersøgelsen inddragede tekster for derigennem at få identificeret, hvilke former for framing der er de herskende på netop disse felter.

Følgende identifikationskriterier har derfor gjort sig gældende i udvælgelsen af de enkelte artikler:

- Identificering af markante meningsdanneres holdninger
- Identificering af generiske genretræk i relation til det enkelte medie
- Identificering af typiske diskursive træk på tværs af medie
- Identificering af patientroller.

For det enkelte medie gælder det i praksis, at der grundet forskellig vægtning af statin- og sundhedsstoffet har været gjort brug af forskellige udvælgelsesstrategier.

For BT gælder det, at selvom cand.scient. i human fysiologi, Chris MacDonald, og kostvejleder Lene Hansson er markante meningsdannere på sundhedsfeltet, så omtaler de ikke statiner, og deres artikler er derfor fravalgt. Det er derfor de genredefinerende træk i form af nyhedskriterier som sensation og konflikt, der sammen med specifikke ordvalgs diskursive kendetegn udgør hovedargumentet for inddragelsen af de enkelte artikler i den kvalitative analyse. Det er med andre ord de typiske tabloide genretræk, der danner grundlaget for udvælgelsen af artiklerne fra BT.

For Politiken gælder det, at klinisk professor Bente Klarlund er avisens mest markante meningsdanner og er nummer to på listen over mest anvendte kilder i hele samplet. Derfor er der ved inddragelse af artikler med Bente Klarlund som forfatter tale om en popularitetssampling (Eskjær og Helles 2015: 56), baseret på udbredelsen og indflydelsen af forfatterens budskaber. Desuden er en enkelt nyhedsartikel fra Politiken udvalgt for at illustrere den ofte manglende journalistiske viden i tilgangen til statinfeltet.

Femina er det eneste medie, der ikke har bragt artikler med statinrelateret indhold. Udvalgelsesstrategien har i Feminas tilfælde primært været baseret på genretræk og diskurs for at understrege Feminas underforståede ønske om at underholde og vejlede læseren. En af de tilbagevendende sundhedsredaktører

på Femina er cand.scient. i human ernæring Per Brændgård, og derfor er der udvalgt sundhedsartikler fra hans hånd med begrundelse i en popularitetssampling.

Det samme gør sig gældende ved valget af artikler fra Ude og Hjemme. Læge Jerk W. Langer og professor i medicin Arne Astrup optræder henholdsvis 55 og 18 gange som kilde i den kvantitative indholdsanalyse og er valgt på baggrund af deres hyppige optræden. Desuden er de udvalgt på grund af det genrekonstituerende træk, de besidder i form af deres roller som brevkasseredaktører. Et typisk træk for Ude og Hjemme er nemlig det høje antal af sundhedsbrevkasser.

På tværs af alle fire medier gælder det, at de udvalgte artikler er typiske for de patientroller, som de enkelte medier tilbyder deres læsere at indtræde i. Roller, som alle er beskrevet af Briggs og Hallin (2016).

Som det indledningsvis bemærkes i dette kapitel, blev indholdsanalysen foretaget sideløbende med spørgeskemaundersøgelsen. Det bemærkedes desuden samtidig, at de til de to metoder tilknyttede resultater er hegemonisk sidestillede. Følgende afsnit vil være en redegørelse for, hvordan indsamling og behandling af data foregik i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen.

2.3 Spørgeskemaet

For at få fuld indsigt i udviklingen, dataindsamlingen og analysen af den til LIFESTAT knyttede landsdækkende spørgeskemaundersøgelse vil følgende afsnit fokusere på at skabe størst mulig transparens i forhold til de metodiske til- og fravalg. Det sker ved at beskrive arbejdet *systematisk* for på den måde at skabe distance fra commonsense-betragtninger og samtidig sikre fuld gennemsigtighed (Hansen og Andersen 2009: 29).

Surveyet blev besvaret af 3050 respondenter i alderen 45-75 år. Heraf var 732 (24%) nuværende eller tidligere statinbrugere. Spørgeskemaet indeholder 78 unikke spørgsmål, der sammen med underspørgsmål i alt udgør 200 spørgsmål. Respondenterne blev fundet via CPR-registret, og den praktiske indsamling af svar blev forestået af Rambøll Management i foråret 2015. Resultatanalysen blev efterfølgende foretaget ved hjælp af statistikprogrammet SPSS. Den samlede proces med udfærdigelsen af spørgeskemaet vil i følgende kapitel blive beskrevet i denne rækkefølge:

- **Målsætning:**
En redegørelse for de i LIFESTAT beskrevne formål med surveyet.
- **Interdisciplinær udvikling af surveyet:**
En tidlig gennemgang af tilblivelsesprocessen indeholdende en beskrivelse af de interdisciplinære udfordringer.
- **Den praktiske operationalisering:**
Spørgsmåls- og svaranalyse. Redegørelse for rækkefølge, brugen af filterspørgsmål, rekodning, interviewer-effekt, pilottest og praktisk indsamling af data.
- **Analyse af data:**
Analyse af måleniveau, statistiske tilgange og brugen af SPSS.

2.3.1 Målsætning

LIFESTATs store nationale spørgeskema involverer disciplinerne Medievidenskab, Antropologi og Folkesundhedsvidenskab. Den overordnede målbeskrivelse for spørgeskemaet fremgår af LIFESTAT-ansøgningen (bilag A1).

Opstillet punktvis og med udgangspunkt i de enkelte discipliners specifikke målbeskrivelser giver det følgende mere operationaliserbare tilgang:

1. At determinere hvilke sociodemografiske karakteristika, der kendetegner danske statinbrugere.
2. At undersøge generel sundhedsadfærd samt holdninger til forebyggende at indtage medicin blandt danskerne generelt og statinbrugere i særdeleshed.
3. At afdække risikovurderinger i forhold til forhøjet kolesterol og brug af statiner, herunder fortsat behandling samt forestillinger om medicin.
4. At generere viden om adfærd i forbindelse med informationssøgning og mediebrug i forhold til at opretholde et godt helbred samt brugen af statiner.

De opstillede mål er et udtryk for den mangefacetterede tilgang, hvor de mest relevante for nærværende afhandling er målsætning 1 og 4. Det er dog i første omgang uinteressant udelukkende at fokusere på de medievidenskabelige målsætninger, da hele spørgeskemaet blev udviklet som en syntese af alle fire mål. Operationaliseringen af målsætningen i form af spørgsmålgenerering og indsamling af svar var en langstrakt og omstændelig proces med et samlet forløb på næsten to år, der også omfattede inddragelse af et privat firma til at forestå dataindsamlingen.

Det følgende afsnit vil redegøre for det interdisciplinære samarbejde om udarbejdelsen af spørgeskemaet.

2.3.2 Indledende udvikling af spørgeskemaundersøgelse

Udviklingsarbejdet blev igangsat i april 2013 ved en række fysiske møder afholdt på de involveredes institutter. Undertegnede deltog som nyindskrevet ph.d.-stipendiat første gang i januar 2014. Efterhånden som typen og ordlyden af spørgsmål sammen med en vigende interesse fra seniorforskernes side begyndte at manifestere sig i foråret 2014, arbejdede én juniorforsker fra hvert institut videre med den endelige udformning.

For at give et hurtigt overblik over udarbejdelsesprocessen viser følgende tabel de forskellige stadier i processen, samt de forskere der deltog i udformning, formulering og opstilling af spørgsmål:

Oversigt over deltagere i udarbejdelsen af LIFESTAT spørgeskemaet			
	Indledende aktiviteter	Validerende aktiviteter	Analytiske aktiviteter
Deltagere fra Institut for Folkesundhedsvidenskab:			
Allan Krasnik <i>MD, professor</i>	Deltog i formulering og udvælgelse af spørgsmål		
Margit Kringbaum <i>Ph.d., Post.doc.</i>	Deltog i formulering og udvælgelse af spørgsmål	Deltog i prætest og pilotinterviews	Har anvendt survey-resultater analytisk
Deltagere fra Institut for Antropologi:			
Bjarke Oxlund <i>Ph.d., lektor</i>	Deltog i formulering og udvælgelse af spørgsmål		
Sofie Rosenlund Lau <i>Ph.d.-stipendiat</i>	Deltog i formulering og udvælgelse af spørgsmål	Deltog i prætest og pilotinterviews	Har anvendt survey-resultater analytisk
Deltagere fra Institut for Medievidenskab:			
Christa L. Christensen <i>Ph.d., Lektor og co-PI</i>	Deltog i formulering og udvælgelse af spørgsmål		
Kasper B. Liisberg <i>Ph.d.-stipendiat</i>	Deltog i formulering og udvælgelse af spørgsmål	Deltog i prætest og pilotinterviews	Har anvendt survey-resultater analytisk

Tabel 15

Som den venstre kolonne i tabel 15 viser, er der tale om en bred vifte af forskere med forskellige faglige tilgange og niveauer af erfaring. Dette medførte naturligt, at man under høflig hensyntagen til andres forskningstraditioner primært fokuserede på formuleringen af egne spørgsmål i overensstemmelse med egne metodetraditioner. Jævnfør evt. de i indledningen anførte bemærkninger omkring interdisciplinaritet.

2.3.3 De medievidenskabelige spørgsmål i spørgeskemaet

Samlet set består surveyet af 78 unikke overordnede spørgsmål, der yderligere underopdelt bliver til i alt 200 spørgsmål. Den samlede oversigt over spørgsmål kan ses i bilag C1. Udformning og arten af spørgsmål vil i det følgende afsnit blive beskrevet med de medievidenskabelige spørgsmål og svarkategorier som det primære fokus. Derefter følger en nærmere beskrivelse af pilottest og indsamling.

Det overordnede medievidenskabelige mål med spørgeskemaet er at skabe indsigt i mediernes betydning for opfattelsen af sundhed og kolesterol generelt og statiner i særdeleshed hos den enkelte dansker. Dette omfatter både brugen af medier samt påvirkningsgraden af samme. Der vil således blive fokuseret på søgeadfærd, såsom omfang og foretrukne medier, men også på graden af troværdighed af de enkelte medier set i relation til information fra egen læge eller anden sundhedsmyndighed.

Afsluttende stilles der skarpt på, om danskerne bliver mere bekymrede for deres helbred, hvis medierne konsulteres.

Operationaliseres disse fokuspunkter, skal der altså i praksis udvikles spørgsmål, der kan eftervise sammenhængen mellem demografi og brug af medicin i relation til en række medierelaterede problemstillinger. Det sker ved at undersøge den indbyrdes kovarians mellem følgende spørgsmålstyper, der groft inddeles på følgende vis:

1. De demografiske spørgsmål
2. Mediebrug og adfærd
3. Holdning til medier
4. Generelle spørgsmål om kolesterol og kolesterolsænkende medicin
5. Relevante spørgsmål i relation til folkesundhedsvidenskabelige eller antropologiske problemstillinger.

Præsenteret i en grafisk oversigt, hvor de enkelte spørgsmål er kategoriseret i forhold til den foroven gennemgåede rækkefølge, vil spørgsmålene i relation til den medievidenskabelige undersøgelse tage sig ud som følger:

Relevante medievidenskabelige spørgsmål i relation til LIFESTAT-spørgeskemaet

Demografiske spørgsmål:					
Q1: Køn	Q2: Alder	Q3: Højde	Q4: Vægt	Q5: Uddannelse	
Mediebrug og adfærd:					
<i>Aktivt mediebrug</i>					
Q54: Første information om forhøjet kolesterol?	Q24: Hvor ofte søger du information om sundhed og sygdom?	Q57: Det er vigtigt at vide noget om kolesterol?	Q58-59: Hvor ofte søger du information om kolesterol?	Q61-62: Hvor ofte søger du information om kolesterolsænkende medicin?	
Mediebrug og adfærd:					
<i>Adfærd generelt</i>					
Q28: Følger du råd om sundhed i medierne?	Q29: Følger du råd om sundhed fra lægen?	Q65: Følger du råd om kolesterol i medierne?	Q66: Følger du råd om kolesterol fra lægen?		
Holdninger til medierne:					
<i>Overbevisning</i>					
Q25: Troværdighed om sundhed generelt	Q26: Troværdighed om sundhed BT, Politiken etc.?	Q56: Hvordan fremstilles kolesterol i medierne?	Q60: Hvordan fremstilles kolesterolsænkende medicin i medierne?	Q63: Troværdighed af information om statiner	
Holdninger til medierne:					
<i>Påvirkning</i>					
Q64_1: Medierne medfører utryghed?	Q64_2: Medierne medfører forvirring?	Q64_1: Lægen medfører utryghed?	Q64_2: Lægen medfører forvirring?		
Generelle spørgsmål om kolesterol og kolesterolsænkende medicin:					
Q40: Alvorlighed af forhøjet kolesterol?	Q42: Har du haft forhøjet kolesterol?	Q44: Hvornår første gang forhøjet kolesterol?	Q48: Aktuell statinbehandling?	Q49: Ansvarlig for statinbehandling?	Q78: Tre ord om kolesterol?
Relevante spørgsmål i relation til den folkesundhedsvidenskabelige og den antropologiske problemstilling:					
<i>Helbred</i>					
Q8: Man kan selv gøre noget for at bevare et godt helbred?	Q11: Selvvurderet helbred?	Q13: Forventet levealder?	Q41: Kender du dit kolesteroltal?		
Kolesterolsænkende medicin og helbred					
Q72_1: Mit nuværende helbred afhænger af min kolesterolsænkende medicin?	Q72_2: Det bekymrer mig at jeg er nødt til at tage kolesterolsænkende medicin?	Q72_3: Jeg kan ikke undvære min kolesterolsænkende medicin?	Q72_4: Uden min kolesterolsænkende medicin ville jeg blive meget syg?	Q72_5: Er bekymret for langtidsbivirkningerne ved kolesterolsænkende medicin?	Q72_6: Fremtidigt helbred afhænger af min kolesterolsænkende medicin?

Tabel 16

2.3.4 Svardimensioner og -kategorier

Der var meget stor konsensus på tværs af forskningstraditioner om at arbejde med lukkede spørgsmål. Det skyldes formentlig den store teoretiske enighed om fordelene ved at bruge lukkede spørgsmål. Bryman (2012) opregner fordele og ulemper ved henholdsvis åbne og lukkede spørgsmål og nævner en lang række ulemper ved åbne spørgsmål. Disse er en tidsrøver under den praktiske udfyldelse hos respondenterne såvel som ved den efterfølgende databehandling, hvor svarene meget ofte skal kodes og rekodes. Desuden er der en tendens til, at respondenterne udfordres til at give lange svar, hvilket medfører, at interviewerens udfordres på sin evne til korrekt nedskrivning af lange forklaringer.

Hele ideen med surveymetoden tilsiger at udarbejde lukkede spørgsmål, da hensigten netop er at indsamle oplysninger, der kan udtrykkes som kvantitative data. Det bør derfor være undtagelsen, at der forekommer åbne spørgsmål i surveys.

(Hansen og Andersen 2009: 110)

Med et samlet batteri på 200 spørgsmål var der enkelte undtagelser. For selv om vi gennem validering og pilotinterview forsøgte at opnå så mange lukkede svarkategorier som muligt, lykkedes det ikke altid. Således er der i elleve spørgsmål mulighed for at tilføje svarmuligheden "Andet". Cirka 9% benyttede muligheden for at supplere med eget svar.

Det er med andre ord ganske få spørgsmål, hvor svarudfaldsrummet var delvist ukendt. Derfor var det centralt at sikre, at svarkategorierne var gensidigt udelukkende, ikke overlappende, relevante, tilstrækkeligt findelte og om muligt ensartet formuleret (Nielsen 1983; Hansen og Andersen 2009).

2.3.5 Rekodning

Mange af spørgsmålene i surveyet giver uden videre adgang til en stor mængde viden, mens andre først udfolder deres potentiale ved at blive rekodet (Eskjær og Helles 2015: 99). Det sker i praksis ved en sammenlægning af variable enten i form af enkelte svarkategorier eller hele spørgsmål. Begge fremgangsmåder er blevet benyttet i denne afhandling. Norman Blaikie (2003: 27) beskriver således, hvordan specifik alder transformeres til aldersgrupper. En sådan kategorisering blev her i praksis benyttet til en tredeling af respondenterne i aldersgrupperne 45-54 år, 55-64 år og 65-75 år og medførte, at en meningsfuld krydstabulering på baggrund af alder var mulig i forhold til en lang række afhængige variable. Hansen og Andersen (2008: 162) beskriver videre, hvordan også sociale kategorier i en rekodet version med fordel kan benyttes. Således blev spørgsmål Q5 "Hvad er din senest afsluttede uddannelse?" transformeret fra 6 til 3 kategorier for at øge operationaliserbarheden.

Det var ikke kun svarkategorier, der blev lagt sammen, men også hele spørgsmål ud fra ønsket om at konstruere personkategorier. Et godt eksempel på dette er ønsket om at kunne samle respondenterne i grupperinger på baggrund af behovet for information. Som det fremgår af ovenstående afsnit, omhandler mange af spørgsmålene informationssøgevaner. Ved at lægge disse variable sammen i variabelen "Søgefrekvens" og derefter opdele denne nye variabel i grupperinger, opnår man at kunne inddele respondenterne i kategorier efter, hvor ofte de generelt søger information på tværs af alle medier. Det skete i praksis på følgende vis:

- Spørgsmål Q22_3 "Jeg beslutter først at søge information hos andre læger og behandlingssteder" og Q22_4 "Jeg planlægger at begynde at læse om hovedpine og svimmelhed" rekodes og tildeles point således:
1 point = "Helt uenig", 2 p. = "Deltvist enig", 3 p. = "Hverken/eller", 4 p. = "Deltvist enig", 5 p. = "Helt enig".
- Spørgsmål 24 "Hvor hyppigt søger du information om sygdom og sundhed?" rekodes og tildeles point således:

1 point = "Aldrig", 2 p. = "Sjældnere", 3 p. = "Månedligt", 4 p. = "Ugentligt", 5 p. = "Dagligt". Ubesvaret regnes for et "Aldrig" og tildeles værdien 1.

- Spørgsmål 27_1 "Søger du information om sygdom før lægebesøg?" og 27_2 "Søger du information om sygdom efter lægebesøg?" rekodes og tildeles point således:
1 point = "Aldrig", 3 p. = "En gang imellem", 5 p. = "Altid". Ubesvaret regnes for et "Aldrig" og tildeles værdien 1.
- Spørgsmål 58 "Hvor ofte søger du information om kolesterol i forskellige medier, f.eks. i magasiner, aviser eller på internettet?" rekodes og tildeles point således:
1 point = "Aldrig", 2 p. = "Sjældnere", 3 p. = "Månedligt", 4 p. = "Ugentligt", 5 p. = "Dagligt". Ubesvaret regnes for et "Aldrig" og tildeles værdien 1.
- Spørgsmål 59_1-5 om hyppigheden af informationssøgning i diverse medier om kolesterol samt spørgsmål 62,1-5 om hyppigheden af informationssøgning i diverse medier om kolesterolsænkende medicin rekodes og tildeles point således:
1 p. = "Nej", 5 p. = "Ja". Ubesvaret regnes for et "Nej" og tildeles værdien 1.

Da alle respondenter har haft mulighed for at besvare ovenstående spørgsmål, har de derfor alle fået et samlet pointtal, der ligger mellem 16 og 69. Denne nye variabel opdeles derefter i kvartiler, og der er hermed dannet 4 kategorier af personer inddelt efter, hvor ofte og hvor meget information de søger – altså hvor højt en "søgefrekvens" den enkelte har.

Rangordning af respondenternes søgefrekvens i medierne

Søgefrekvens	Antal point	Antal observationer	Procent af population
Meget højt	36-69 point	738	24%
Højere	29-35 point	727	24%
Lavere	22-28 point	854	28%
Meget lavt	16-21 point	731	24%

Tabel 17

Det relativt større antal personer med *lavere* informationsbehov skyldes springet imellem pointene. Det er her vigtigt at understrege, at data, der på denne vis er blevet transformeret fra flere nominale og ordinale variable til én ratioskaleret variabel, rent statistisk giver langt flere analytiske muligheder. Hansen og Andersen (2009: 121) anser denne samling af flere kodeværdier for en normal procedure, mens Blaikie (2003) anser den for at være mere usædvanlig og advarer mod at overvurdere brugbarheden af data, der på denne vis "kunstigt" er løftet i målniveau:

In a way, such procedures are more about analysis than measurement; they add something to the level of measurement used in order to facilitate the analysis.

(Blaikie 2003: 28)

Med andre ord er det et anvendeligt analysegreb at rekode på denne vis, men ikke pålideligt på ratioskala-målniveau. Variablen "Søgefrekvens" vil derfor i denne sammenhæng statistisk ikke blive overfortolket, men blot blive signifikantstestet i lighed med de fleste andre variable ved brug af χ^2 -test.

En anden variabel, der er opstået via en rekodning, er "BMI", der dækker over respondenternes *body mass index*. Således blev spørgsmål Q3 "Hvad er din højde i centimeter?" og spørgsmål Q4 "Hvad er din vægt i kilo?" anvendt til at udregne den nye variabel "BMI". Dette skete i praksis via SPSS ved, at variablen Q4 blev divideret med kvadratet på variablen Q3, efter at denne var blevet divideret med 100.

Ud over denne gennemgang vil det ved fremlæggelse af survey-resultaterne blive understreget, hvornår der er tale om en rekodet variabel.

2.3.6 Pilottests

Stort set alle metodeteoretikere tilråder, at man foretager en pilottest af sit spørgeskema, og LIFESTAT-surveyet er da heller ingen undtagelse, idet 5 forskellige tests blev gennemført. Bryman (2012: 263-264) fremhæver, at pilottestning altid er at foretrække. Det giver mulighed for at identificere ligegyldige, provokerende eller uforståelige spørgsmål, samtidig med at det opklares, om der er behov for yderligere information til respondent og/eller interviewer. Disse overvejelser lå naturligvis til grund for den testning af spørgeskemaet, som blev gennemført.

I relation til Brymans (2012) tanker var langt de fleste indvendinger fra informanterne relateret til formuleringen af spørgsmål eller svar, der nemt kunne rettes. Det eneste provokerende spørgsmål viste sig at være spørgsmål Q13 *"Hvor gammel forventer du at blive?"*. Mange informanter syntes, at det var et underligt spørgsmål, eller savnede at kunne uddybe deres svar. Derfor blev det åbne spørgsmål Q14 *"Yderligere kommentar til levealder"* medtaget.

Samlet set har den omfattende prætestning af surveyet formentlig resulteret i, at Rambøll Management ikke selv havde rettelser, og at det relativt let lykkedes at opnå en tilfredsstillende svarrate.

2.3.7 Population, stikprøve og bortfald

I løbet af pilotundersøgelserne viste det sig, at mange respondenter mente, at spørgeskemaet var meget omfangsrigt. Det forekom derfor sandsynligt, at svarprocenten ville være lav, hvilket i denne sammenhæng vil sige omkring 50%. Det blev derfor besluttet at udvælge 6000 danskere i alderen 45-75 år gennem Det Centrale Personregister (CPR) via simpel tilfældig udvælgelse. Denne udvælgelsesmetode foretrækkes af de fleste forskere (Hansen og Andersen 2009: 80).

Årsagen til, at man forsøger at skabe et miniaturebillede af befolkningen ved at benytte en stikprøve, er at opnå et resultat, der er repræsentativt i forhold til den samlede befolkning. Der er i praksis ikke tale om at opnå et fuldstændigt sammenfald, men om med en tilfredsstillende grad af sikkerhed på f.eks. 95% at kunne udtale sig om tendenser i populationen (Hansen og Andersen 2009: 87).

Kruuse (1999: 59) nævner i den anledning, at størrelsen af stikprøven afgør, om den er repræsentativ i forhold til den samlede population under hensyntagen til princippet om "De store tals lov". Heraf følger også, at stikprøver på over 384 personer er repræsentative for populationer på 100.000 og derover. Den kontraintuitive lovmæssighed for store tal medfører, at repræsentativiteten ikke forøges, hvis man tager en stikprøve på mere end 384 (Kruuse 1999: 59-60). Det betyder i praksis, at LIFESTAT-undersøgelsens relativt store stikprøve på 3050 er repræsentativ for den generelle befolkning og samtidig har en øget sandsynlighed for, at mindre hyppige observationer i datasættet også opnår repræsentativitet. Dette gælder ikke mindst antallet af aktive statinbrugere, der ved simpel tilfældig udvælgelse kom til at udgøre 598 individer og dermed er en selvstændig repræsentativ observation i relation til de store tals lov.

2.3.8 Indsamling af data

Grundet et vist økonomisk råderum i LIFESTAT-projektet og ønsket om at lette arbejdspresset for teamet, blev det valgt at sende dataindsamlingen i udbud. Danmarks Statistik og Rambøll Management blev kontaktet, og vi indhentede to tilbud. De var stort set identiske i deres design. Rambølls pris på det halve beløb blev udslagsgivende, og de fik derfor kontaktoplysningerne på respondenterne fra CPR-registret. Dataindsamlingen forløb over perioden fra d. 26. januar til og med d. 22. marts 2015.

Sat i kronologisk rækkefølge er de vigtigste datoer som følger:

D. 26. januar:

Alle respondenter modtager postale invitationer (bilag C2).

D. 5. februar:

Første påmindelse sendes ud via brev. Bryman (2012: 236) anbefaler brugen af opfølgende breve med et par ugers mellemrum i forsøget på at øge svarraten.

D. 16. februar:

Rambøll Management indleder telefoniske henvendelser, hvor der tilbydes direkte links til undersøgelsen, samt muligheden for at gennemføre undersøgelsen med hjælp fra en interviewer.

D. 4. marts:

Anden reminder sendes ud via brev til de respondenter, der ikke findes gyldigt telefonnummer på.

D. 13. marts:

Tredje reminder sendes ud via brev til respondenter, der ikke har besvaret spørgeskemaet og ikke givet udtryk for ønsket om ikke at deltage.

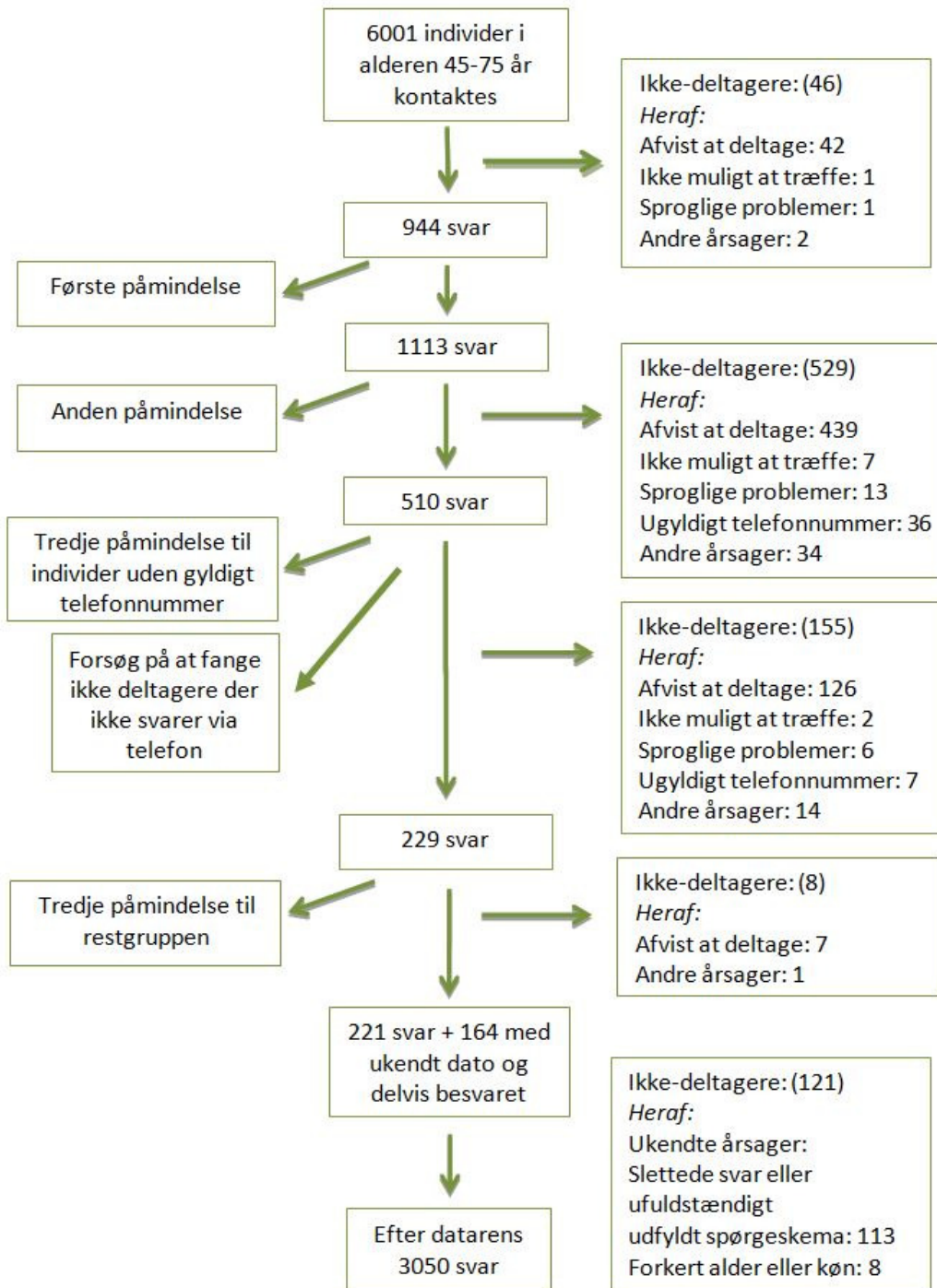
D. 22. marts:

Undersøgelsen er afsluttet, og de elektroniske links lukkes.

Den overvejende del af besvarelserne kom i hus som selvudfyldte spørgeskemaer via internettet på baggrund af én postal henvendelse. 2078 respondenter besvarede undersøgelsen på denne vis alene ved at have læst introduktionsbrevet og uden assistance fra en interviewer. 242 respondenter besvarede spørgeskemaet efter at have modtaget en e-mail med et link til undersøgelsen. I løbet af interviewperioden benyttede 240 deltagere muligheden for at gennemføre spørgeskemaet som et telefoninterview. Den sidste gruppe på 490 personer besvarede skemaet elektronisk efter at have modtaget én eller flere huskeskrivelser. Alle deltagere, der havde gennemført besvarelsen, deltog i en lodtrækning om 5 gavekort à 1000 kr.

Rækkefølgen af begivenheder i forhold til indsamling af svar ser ud som følger:

Dataindsamlingsproces i relation til LIFESTAT spørgeskemaet



Figur 6

2.3.9 Analyse af data

Til analyse af data anbefaler Bryman (2012: 354), at man benytter det digitale statistikprogram SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), som siden midten af 1960'erne har eksisteret i en række forskellige udgaver. I denne afhandling benyttes IBM SPSS Statistics Version 22. Anbefalingens

grundlæggende argument er tidsbesparelse. Trods en stejl indlæringskurve og relativt omfangsrigt tidsforbrug i forbindelse med at lære at mestre SPSS er det indsatsen værd. Eskjær og Helles (2015: 94) finder også SPSS anvendeligt i relation til det tidsbesparende element, og da undertegnede tidligere har anvendt SPSS i forskningsøjemed, var det et naturligt valg.

Et andet naturligt valg er et signifikansniveau på 95%. Det er i teorien tilladt at sætte sit niveau af sikkerhed efter eget ønske, men inden for de humanistiske og samfundsvidenskabelige forskningstraditioner er der generelt enighed om, at et signifikansniveau $P < 0,05$ er det mest udbredte (Blaikie 2003: 182; Bryman 2012: 348; Hansen og Andersen 2009: 199; Eskjær og Helles 2015: 104). Et signifikansniveau på 95% er desuden standard i de beregninger, der foretages i SPSS, og med mindre andet er oplyst, også niveauet for denne afhandlings analyse.

Med de tidligere beskrevne karakteristika for spørgsmålstyper og svar in mente er det tydeligt, at langt den overvejende del af spørgsmålene er enten nominal- eller ordinalskalaspørgsmål. Det medfører ifølge Eskjær og Helles (2015: 114), at det er begrænset, hvilke statistiske beregninger der kan anvendes på datamaterialet.

Det er altid muligt at opstille en frekvenstabel, mens det ikke giver mening at beregne gennemsnittet af køn eller uddannelse. I langt de fleste tilfælde er de matematiske begrænsninger ofte indlysende, og udfordringen opstår først, når niveauet af sikkerhed skal beregnes. Det skyldes, at en række signifikanstest først er anvendelige, når observationerne af den enkelte variabel er normalfordelt, eller der kan beregnes en gennemsnitsværdi. Det er derfor i praksis kun muligt at anvende Pearsons χ^2 -test, når det skal afgøres, om et resultat er statistisk signifikant.

Hansen og Andersen (2009: 202) og Blaikie (2003: 96) mener, at χ^2 er den mest udbredte signifikanstest, og anbefaler den på nominalt og ordinalt skalaniveau. Testen kan benyttes på alle niveauer og anvendes, når man vil undersøge sammenhængen mellem to variable. Alle krydstabuleringer i denne afhandling er derfor blevet χ^2 -testet, og med mindre andet er bemærket, er de signifikante på 95%-niveau.

Tabel 18 afspejler sammenhængen mellem skalatypen og de statistiske analysemuligheder, som er nævnt ovenfor. Krydsene markerer de positive anvendelsesmuligheder.

Mulige analytiske tilgange i forhold til skalatype

Analyseredskaber	Skalatype			
	Nominal	Ordinal	Interval	Nulpunkts
Positionsmål				
Typetal	X	X	X	X
Median		X	X	X
Gennemsnit			X	X
Spredningsmål				
Standardafvigelse			X	X
Relationsmål				
T-test - signifikanstest			X	X
Chi ² - signifikanstest	X	X	X	X

Egen tilvirkning på baggrund af Bøye (2009)

Tabel 18

Det kan desuden bemærkes til tabel 18, at positionsmål og spredningsmål i overvejende grad ikke vil være mulige at anvende til beskrivelse af elementer i resultatdelen, da det som nævnt vil være omsonst f.eks. at forsøge at beregne gennemsnittet af variabelen "køn". Der vil derfor blive langt vægt på frekvenstabeller, fordeling og krydstabuleringer i resultatgennemgang, analyse og diskussion.

Alle frekvens- og krydstabeller vil være opstillet i relation til Hansen og Andersens (2009: 172-177) anbefalinger og vil, hvor det er muligt være forsynet med tabeloverskrift, kategorier, regneenheder, noter,

totalsum samt række- og søjlesummer. Desuden vil de mest illustrative relative værdier i form af procentfordelinger være flittigt anvendt ud fra ønsket om bedre at kunne eksemplificere væsentlige pointer.

Uanset analyseniveauet af de kvantitative data vil resultaterne sammen med indholdsanalysens ditto tjene som udgangspunkt for den kvalitative interviewundersøgelse. Det følgende afsnit vil af denne grund være en redegørelse for den metodiske tilgang til tilvejebringelse af kvalitative interviewdata.

2.4 Det fokuserede begrebsinterview

Den afsluttende empiriske tilgang i form af en interviewundersøgelse er beskrevet under "*Specifik Aim 2*". Målet er at undersøge tilgængelighed, brug og effekt af statinrelateret information i forbindelse med danskernes dagligdag (bilag A1).

Denne åbne beskrivelse dækker over, at interviewundersøgelsen fokuserer på statiner og evnen til at håndtere forhøjet kolesterol gennem anvendelse af medieret information. Det sker primært ved at sammenkæde interviewundersøgelsen med spørgeskemaet og indholdsanalysens resultater.

Spørgeskemaundersøgelsen og indholdsanalysen ligger tidsligt før interviewdelen, og de fundne resultater vil derfor danne grobund for interviewundersøgelsen og være en videre uddybning af allerede fundne data og temaer. Fordelen ved denne tilgang er, at målsætningen med undersøgelsen understøtter og perspektiverer de tidligere fundne resultater, og at disse bliver drivende for udviklingen af interviewguiden. Indholdsanalysen fandt et ofte selvmodsigende og tvetydigt mediebillede i relation til beskrivelserne af statiner og sundhed, mens surveyet bl.a. viste et højt niveau af usikkerhed og utryghed over for indholdet i visse medier hos et signifikant antal respondenter. Samtidig var der en klar tendens til, at oplevelsen af mediernes troværdighed varierede i forhold til køn, alder og medietype. Disse resultater inddrages aktivt i spørgeguiden. Der er, som tidligere beskrevet i indledningen af kapitlet, i praksis tale om, at spørgeskemaet og indholdsanalysens resultater hegemonisk har overherredømme over interviewundersøgelsen. Interviewdelen skal således ikke i sig selv generere nye temaer (omend det vil forekomme), men primært uddybe, specificere og nuancere tidligere fund.

Formålet med interviewundersøgelsen i relation til den valgte metodekombination er at skabe et mere fuldstændigt billede af forholdet mellem medieindhold og statinbrugere. En tilgang som Bryman (tidligere nævnt) kalder *completeness* (Bryman 2012:633) med baggrund i kombinationens metodiske mulighed for at skabe en mere omfattende forståelse af det aktuelle forskningsfelt. Opsummerende forklaret binder interviewundersøgelsen data fra de tre metoderetninger sammen i et forsøg på at give et mere sammenhængende og fuldstændigt billede af medie og statinfeltet.

Grundet de løst beskrevne rammer for interviewundersøgelsen var der meget frit spil med hensyn til arten og omfanget af interviews. Resultatet blev derfor 7 gruppeinterviews med nuværende og tidligere statinbrugere, foretaget i løbet af foråret og sommeren 2016. Følgende afsnit vil være en systematisk gennemgang af de metodiske valg, som ligger til grund for udførelsen af interviewundersøgelsen, og vil blive præsenteret i følgende rækkefølge:

Interviewtilgang

Overvejelser om og motivation for brug af det fokuserede interview.

Interviewguide

Forklaring af den indholdsmæssige sammenbinding af spørgsmål, metoder og temaer.

Rekruttering

Beskrivelse af samplingsstrategi, valg af informanter og præsentation af deltagere.

Analytisk tilgang

Redegørelse for analysetilgangen.

2.4.1 Interviewtilgang

Det var derfor formålstjenligt med udgangspunkt i målsætningen for LIFESTAT, den allerede indsamlede empiri og den generelle viden om målgruppen at opstille en liste over de betingede konditioner, som en eventuel interviewundersøgelse skulle bygge videre på:

- Hovedformålet med LIFESTATs medieprojekt var at generere viden om tilgængelighed, brug og effekt af sundheds- og statinrelateret information i forbindelse med danskernes dagligdag. Samtidig var det vigtigt at forstå, hvorledes denne information finder udbredelse i befolkningen.
- Indholdsanalysen var fokuseret på afsenderen af sundhedsrelateret indhold og havde påvist en lang række markante tendenser i mediernes tilgang til sundhedsstof og samtidig skabt forståelse for de forskellige mediers prioriteringer af det journalistiske stof. Som det senere vil blive beskrevet, viste det sig, at sundheds- og statinrelateret information var inkonsistent og ofte selvmodsigende både inden for samme medie og på tværs af genrer.
- Spørgeskemaundersøgelsen tog udgangspunkt i modtageren af sundhedsinformation. Der var lagt vægt på demografi og almen sundhedstilstand hos respondenterne samt brug af og holdning til medier. Et betydningsfuldt resultat var, at mange informanter blev forvirrede af og utrygge ved sundhedsrelateret indhold i medierne.
- Målgruppen for interviewundersøgelsen var sandhedsvidner på feltet *statiner*. De havde ofte erfaring med statiner via et årelangt dagligt brug, som forskeren ikke nødvendigvis har indsigt i.

Opsummeres disse kendsgerninger, kan det fastslås, at rammerne for et interview er yderst veloplyste. Det skyldes for det første, at forskeren gennem lang tids studier af feltet har opnået en omfattende viden om sundhed og statiner. For det andet at informanterne ligeledes har et stort erfaringsgrundlag. Formålet med interviewet var om muligt at udbygge forskerens viden på feltet ved at få adgang til informanternes ditto. Interviewundersøgelsen skal således afdække erfaringer af både medie- og patientrelateret karakter. Med disse forudsætninger in mente synes specielt to muligheder at være oplagte: Kvale og Brinkmanns *begrebsinterview* (2009: 171-173) samt Brymans *fokuserede interview* (2012: 212-213). For *begrebsinterviewet* gælder det, at man herigennem kan afklare informantens opfattelse af bestemte fænomener.

Begrebsinterview kan tjene til at afdække respondents diskursmodeller, dvs. deres selvfolgelige antagelser om, hvad der er typisk, normalt eller passende...

(Kvale og Brinkmann 2009: 172)

Denne tilgang synes oplagt i forhold til at opnå yderligere indsigt i patienterfaringer og ønsket om at afdække, hvad det vil sige at være *sund*, *statinbruger* eller *patient*. Grundet informanternes karakteristika og baggrund vil disse begreber falde inden for det selvfolgelige og dermed kunne forklares i forhold til det typiske, normale og passende. Kvale og Brinkmann understreger, at begrebsinterviewet ikke nødvendigvis behøver at udforme sig som et enkeltpersonsinterviews, men også kan udføres som en fælles bestræbelse blandt flere personer på at afdække et fænomen (Kvale og Brinkmann 2009: 173).

Med hensyn til medieerfaringerne synes det fokuserede interview at kunne supplere med tilvejebringelse af viden. Tanken om det fokuserede interview blev introduceret af Merton og Kendall i 1946 og beskrives på følgende vis:

The focused interview is designed to determine the responses of persons exposed to a situation previously analyzed by the investigator.

(Merton og Kendall 1946: 541)

Ud over et fælles referencegrundlag opridses fire forudsætninger, som skal være opfyldt, for at man kan tale om et fokuseret interview:

1. Informanterne skal befinde sig i en konkret situation og have været eksponeret for et bestemt medieprodukt eller deltaget i et socialt eksperiment. I dette tilfælde skal de bruge eller have brugt statiner og samtidig have modtaget medieret information om kolesterolsænkende medicin.
2. Forskeren skal inden interviewet have lavet en indholds- eller situationsanalyse af problemstillingen og samtidig have udviklet hypoteser om effekten af bestemte aspekter af problemet. Her er der både foretaget en indholdsanalyse og et survey, der bl.a. har været med til at underbygge hypotesen om, at et diffust og selvmodsigende medieindhold kan medføre forvirring og utryghed.
3. Interviewguiden skal udvikles på baggrund af de foregående resultater/analyser og forsøge at dække problemstillingens hypoteser. For nærværende at spørge ind til medieindhold og effekt.
4. Interviewet skal fokusere på informanternes subjektive oplevelser af den præanalyserede situation. F.eks. i hvilken grad oplever informanterne forvirring og utryghed i relation til medieindhold?

Som det vil fremgå, passer beskrivelsen af denne interviewform som fod i hose med formålet med interviewdelen for denne afhandling. Henriksen (1997: 2) uddyber desuden, at der kan være tale om alt fra ét til en hel klasse af medieprodukter bl.a. omfattende tekster og kalder det fokuserede interview skræddersyet til at undersøge modtagers oplevelse af medieprodukter. Det bemærkes desuden, at metoden oftest anvendes med flere personer ad gangen, men at den også kan benyttes på enkeltpersoner.

Sammenlignes de to interviewtilgange *begrebsinterviewet* og det *fokuserede interview*, så udelukker de to metoder på ingen måde hinanden. Kvale og Brinkmann afviser ikke brugen af en åben spørgsmålskonstruktion, og begge tilgange anerkender værdien af flere informanter ved samme interview. En kombination af begge spørgemetoder vil derfor være oplagt i en korrekt samstemt udformning. Her vil begrebsinterviewet kunne uddybe og afdække mere normative og personlige problemstillinger omkring sundhed og patientforhold, mens den fokuserede tilgang vil kunne forklare informanternes oplevelse med medieret sundhedsinformation.

2.4.2 Interviewguide

Generelt savnes der i forskningslitteraturen eksempler på sammensætning og rækkefølgen af spørgsmål og temaer, der samlet udgør spørgeguiden. Hverken Kvale og Brinkmann (2009), Henriksen (2007) eller Jensen (1991) kommer med et direkte bud. Halkier (2002) kommer med et tentativt udkast til en spørgeguide, dog uden megen teoretisk uddybning.

Merton og Kendalls (1946) direktiver for et optimalt interviewforløb kan delvis indfries ved opbygning af en åben interviewguide, men igen savnes en egentlig beskrivelse af, hvorledes en sådan tænkes udformet. Henriksen (1997: 15-17) ser interviewguiden som et generelt underbelyst teoretisk område, men forklarer dog, at guiden skal indeholde formodede signifikante aspekter af medie- og/eller situationsanalysen og for hvert tema en række underspørgsmål. Disse skal være ustrukturerede og ikke udgøre et batteri af spørgsmål. Halkiers (2002) praktiske udformning, Merton og Kendalls (1946) direktiver samt Henriksens (2007) råd udgør på denne måde en samlet inspirationskilde til opbygning af spørgeguiden. Den endelige

spørgeguide med plads til notater og supplerende oplysninger kan ses i bilag D3, mens rækkefølgen af øvelser og spørgerunder samt ordlyden af spørgsmålene ser ud som følger:

Spørgeguide	
1. Øvelse:	
Beskriv sundhed med 3 ord.	
2. Sundhed	
Hvad vil det sige at være sund?	
Skal man være sund - er det et krav?	
Hvem stiller disse krav?	
Hvilken rolle spiller medierne i forhold til sundhed?	
3. Statiner	
Hvad vil det sige at tage statiner?	
Skal man tage statiner - er det et krav?	
Hvem stiller evt. kravet?	
Hvilken rolle spiller du selv?	
Hvilken rolle spiller medierne i forhold til at tage statiner?	
4. Patientforhold	
Hvad er en lidelse?	
Er det en lidelse af være på statiner?	
Hvorfor tager I det præventivt?	
Er det underligt at tage medicin når man egentlig ikke er syg?	
Vil I anbefale andre at de begynder at tage statiner i en ung alder?	
Er det godt eller skidt at tage medicin?	
5. Medier	
Hvis I vil vide mere om sundhed og statiner, hvad gør I så?	
Beskriv en typisk situation.	
Hvilke medier konsulterer I?	
Hvor ofte søger I information om sundhed og statiner?	
Er der bestemte ting/situationer der gør at I begynder at søge?	
Er der nogen medier der er mere troværdige end andre?	
Er der nogen eksperter som er mere troværdige end andre?	
Følger I nogensinde råd i medierne?	
Kan medierne være forvirrende?	
Kan medierne skabe utryghed?	
Hvad kan medier bruges til i forhold til at holde sig orienteret om sundhed og statiner?	
Hvad kan medier <u>ikke</u> bruges til i forhold til at holde sig orienteret om sundhed og statiner?	
Skal man bruge sin kritiske sans i forhold til medierne?	
6. Øvelse:	
Beskriv statiner med 3 ord.	

Tabel 19

Ser man på den endelige udformning af interviewguiden i tabel 19, er den opdelt i 6 forløb, hvoraf de to er øvelser og de resterende fire er spørgerunder inddelt efter tema. Øvelserne indleder og afslutter interviewet. Som det vil fremgå, bevæger ordlyden af spørgsmålene sig fra det absolut ustrukturerede til

det mere strukturerede. Dette sker ved at applicere den såkaldte *funnelteknik* (Hansen & Andersen 2009: 140; Halkier 2002: 45), hvor man går fra det abstrakte til det mere konkrete.

Samlet set er spørgeguiden som nævnt primært udformet ud fra de tidligere identificerede temaer genereret af indholdsanalysen og spørgeskemaundersøgelsen. Temaerne vil blive grundigt beskrevet i afhandlingens resultatdel, men er i tabel 20 tentativt introduceret i relation til en uddybning af og sammenhæng med interviewguiden. Det ser ud som følger:

Sammenhæng mellem spørgeguide og tidligere identificerede temaer

Tidligere identificeret temaer	Øvelse/spørgerunde i spørgeguide
Patientroller	Første øvelse, Sundhed, Statiner og Patientforhold
Oplevelse af polariseret medieindhold	Sundhed, Statiner og Medier
Søgeaktivitet - sundhedsinformation i medierne	Medier
Mediegenereret forvirring og utryghed	Sundhed, Statiner og Medier
Identificering af dominerende frames	Første øvelse, Sundhed, Statiner og Medier

Tabel 20

Tabel 20 er altså udtryk for, at temaet *patientroller* primært er blevet behandlet i spørgeguiden i forbindelse med første øvelse og spørgsmålene omkring sundhed, statiner og patientforhold. Samme tilgang gør sig gældende for relationen mellem de øvrige temaer og dertil relaterede øvelser og spørgsmål.

2.4.3 Rekruttering – hvem og hvor mange ad gangen

Det fokuserede interview er som udgangspunkt tænkt som gruppeinterview, men Merton og Kendall (1946) beskriver ikke nøjere antallet af informanter i hvert interview. Der er blot tale om, at man interviewede ”flere ad gangen”. Jensen (1991: 93) kalder det et gruppeinterview, når mere end ét menneske ad gangen bliver interviewet. Uanset omfanget af deltagere nævner begge forskere, at det er en fordel med små grupper, når der er tale om personlige emner som f.eks. seksuelle præferencer, skilsmisse eller sygdom og helbred.

Jensen (1991: 93-94) opremser øvrige fordele ved gruppeinterviewet:

- Reducering af omkostninger ved at tale med flere ad gangen.
- Det er stimulerende at tale med flere mennesker af gangen, da mennesket er et socialt væsen.
- Argumentationen skærpes sammen med andre og videregives nemmere til forskeren.
- Det er nemmere at skabe nye ideer, når der indgår flere personer i processen.

I denne undersøgelse var det klart en fordel økonomisk at samle flere personer ad gangen, da det reducerede transportudgifterne. Hvad angår det tidslige element var det ikke den store besparelse, idet koordineringstiden i de fleste tilfælde oversteg tiden til afholdelse af et enkeltinterview. De stimulerende og argumenterende fordele, som Jensen opridser, blev meget ofte aktualiseret, når et synspunkt fremført af én informant umiddelbart efter blev uddybet og understreget af en anden informant. Tanken om at skabe nye ideer var ikke formålet med interviewet, men det skete ofte, at udtalelser fra én informant fik andre til at ytre udsagn i retning af: *”Når du siger det, kommer jeg til at tænke på...”*.

Kvale og Brinkmann (2009: 170) understreger, at valget af gruppeinterview ofte vil medføre en mere spontan og ekspressiv ordveksling og opsummerer hovedargumentet for brugen af gruppeinterviews:

Når det drejer sig om følsomme, tabublagte emner, kan gruppesammenspillet gøre det lettere at udtrykke synspunkter, der som regel ikke er tilgængelige.

(Kvale og Brinkmann 2009: 170)

Der er i højeste grad tale om følsomme emner, når fokus for interviewene omfatter forvirring og utryghed i relation til medieindhold og eget helbred, hvilket er tilfældet i indeværende undersøgelse.

Som en af ulemperne ved gruppeinterview nævner Brinkmann og Kvale (2009: 170-171), at det er svært for moderator at styre samtalen, samt at det livlige samspil kan medføre kaotiske interviewudskrifter. Ingen af delene blev dog aktuelle i denne sammenhæng. Halkier (2002: 16) påpeger ligeledes i tråd med de metodiske ulemper ved gruppeinterview, at der er mindre tid til eller mulighed for at spørge ind til de enkelte informanternes livsverden, forståelse og erfaring. Dette problem blev dog i nogen grad løst ved, at grupperne var relativt små, hvorved der blev skabt rum for at stille opfølgende spørgsmål.

Det største problem i relation til rekruttering og sammensætning af grupperne var imidlertid, at grupperne viste sig at være meget homogene.

For at udvide analysegrundlagets afhængige variable som køn, alder, uddannelse og beskæftigelse var det nemlig i overensstemmelse med det teoretiske udgangspunkt oplagt også at fokusere på informanternes livsstil. Ikke mindst set i lyset af, at livsstilsrelaterede valg som kost, motion, alkoholvaner og så videre har indflydelse på kolesteroltallet og dermed for det mulige indtag af statiner. Derfor blev alle informanter bedt om at udfylde livsstilstesten Gallup Kompas som den afsluttende del af interviewet. Resultatet blev, at efter 6 gruppeinterviews tilhørte samtlige deltagere på nær tre den samme livsstilsorientering, samtidig med at den dominerende livsstilsorienterings antipoder ikke var repræsenteret. Der var meget stor forskel i, hvilke livsstilssegmenter der ønskede at deltage i undersøgelsen.

Denne diskrepans i ønsket om at deltage og hjælpe andre – her i en forskningsmæssig sammenhæng – ser Dahl (1996: 16-17) som et typisk og grundlæggende modsætningsforhold mellem visse livsstilsorienteringer. Den manglende deltagelse hos nogle livsstilssegmenter forklares af Dahl med disse

indviders overbevisning om, at de fleste handlinger og valg foretages ud fra, hvad der har mest nytteværdi for dem selv. Trods ihærdige rekrutteringsstrategier og gentagne opfordringer lykkede det aldrig at få alle livsstilsretninger til at deltage, hvilket vil blive problematiseret senere i afhandlingen.

Generelt understreger teorien, at man benytter en stringent rekrutteringsstrategi. Morgan (1998: 67) opřidser forskellige alternative strategier og nævner forskerens muligheder for at lette arbejdet med rekruttering:

- Sørg for, at informanterne er vidende om emnet.
- Benyt et spørgeskema, der kan screene eventuelle deltagers evne til at kunne udtale sig.
- Lav en liste over mulige deltagere og deres kontaktinformation.
- Forsøg så vidt muligt på forhånd at sikre villighed til deltagelse.
- Reducer rekrutteringstiden ved at samle en betydelig pulje af potentielle deltagere.

Med denne viden in mente syntes det oplagt at benytte det landsdækkende survey til at rekruttere potentielle deltagere. Derfor var spørgeskemaet afslutningsvis blevet udstyret med en opfordring til at opgive en mailadresse, hvis respondenter havde mod på at deltage i uddybende samtaler om statiner. Denne strategi medførte, at samtlige ovenstående punkter blev imødekommet med succes og derfor blev implementeret, og en rekrutteringsmail i lighed med surveyets introduktionsbrev blev formuleret. Se bilag D1. Af hensyn til at reducere transporttiden for deltagerne og samtidig sikre en geografisk spredning blev tre lokationer udvalgt til indsamlingssted. Således blev lokaler ved Københavns Universitet i Nørre Farimagsgade benyttet til at rekruttere personer med relation til storbyen, mens henholdsvis Taastrup Kulturcenter og Tuse Skole i Holbæk Kommune skulle tjene som rekruttering for deltagere med tilknytning til forstad og landdistrikt.

Samlet blev 47 invitationer sendt ud, og 14 informanter valgte at deltage. Denne relativt høje succesrate på lige under 30% skyldes i høj grad en meget aktiv indsats i forbindelse med selve rekrutteringsarbejdet. Morgan bemærker:

Implementing this strategy means using talented recruiters who make the first contact with potential participants, as well as follow up contact to ensure that people will attend. It thus takes one kind of skill to design a successful recruitment strategy and a different set of social skills to implement this strategy through actual contact with participants.

(Morgan 1998: 68)

Disse sociale evner kom fortrinsvis i spil, når informanterne skulle kontaktes, og dækker nok mest i praksis over en høflig insisteren med fokus på den enkelte informants behov. Ud over at skrive rekrutteringsmailen i et let forståeligt, afslappet og appellerende sprog (Hansen og Andersen 2009: 148) var det vigtigt at holde en opfølgende korrespondance i samme tone. Alle mails var personligt adresserede og ikke sendt ud som gruppemails – i praksis én afsender og én modtager. Igennem en måned var det derfor også flere gange dagligt nødvendigt at besvare indkommende forespørgsler fra potentielle deltagere, så alle fik svar inden for 12 timer. Enkelte mailudvekslinger kom op på mere end 15 mails frem og tilbage, og flere gange var telefonopringninger nødvendige for at udrede spørgsmål om deltagelse, transportmuligheder, parkering og lokationen generelt. Det omfangsrige arbejde belønnede sig imidlertid, idet ingen informanter udeblev eller var forhindret i at møde op af tekniske eller transportmæssige årsager.

De via survey-undersøgelsen rekrutterede informanter er fordelt efter lokation og gruppesammensætning på følgende vis:

Deltagerliste ved afholdelse af gruppeinterview om statiner i forbindelse med Lifestat

København d. 15.2.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
<i>Uffe</i>	<i>68 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Mellem vid. udd.</i>	<i>Ja</i>	<i>Ved ikke</i>	<i>Højere</i>	<i>Center</i>
<i>Vivi</i>	<i>73 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Kort vid. udd.</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Meget højt</i>	<i>Fællesskab</i>
København d. 16.2.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
<i>Lennart</i>	<i>74 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Folkeskole</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	<i>Meget højt</i>	<i>Mod. Fællesskab</i>
<i>Ole</i>	<i>54 år</i>	<i>Musiker</i>	<i>Gymnasium</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Meget højt</i>	<i>Fællesskab</i>
<i>Leo</i>	<i>68 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Folkeskole</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Højere</i>	<i>Trad. Fællesskab</i>
København d. 25.2.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
<i>Lene</i>	<i>66 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Mellem vid. udd.</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Meget højt</i>	<i>Mod. Fællesskab</i>
<i>Kim</i>	<i>60 år</i>	<i>Salgschef</i>	<i>Mellem vid. udd.</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Højere</i>	<i>Mod. Fællesskab</i>
Taastrup d. 17.2.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
<i>Frederik</i>	<i>68 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Faglært</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Meget højt</i>	<i>Trad. Fællesskab</i>
<i>Ghita</i>	<i>67 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Kort vid. udd.</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Meget højt</i>	<i>Fællesskab</i>
<i>Dorit</i>	<i>60 år</i>	<i>Sosu-assistent</i>	<i>Kort vid. udd.</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	<i>Højere</i>	<i>Trad. Fællesskab</i>
<i>Steffen</i>	<i>60 år</i>	<i>Kloakmester</i>	<i>Faglært</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Lille</i>	<i>Traditionel</i>
<i>Karsten</i>	<i>55 år</i>	<i>Projektchef</i>	<i>Mellem vid. udd.</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Intet</i>	<i>Fællesskab</i>
Tuse d. 12.4.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
<i>Inger</i>	<i>74 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Folkeskole</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	<i>Lille</i>	<i>Traditionel</i>
<i>Karl</i>	<i>67 år</i>	<i>Pensionist</i>	<i>Faglært</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Intet</i>	<i>Trad. individ</i>

* Søgeaktivitet identificeret via spørgeskemaet

Tabel 21

Som det vil fremgå af ovenstående tabel, er der tale om relativt heterogene interviewgrupper. Det er generelt tilrådeligt at sikre maksimal variation i det samlede antal informanter (Halkier 2002: 31) og samtidig konstruere grupperne, så der ikke opstår unødvendige konflikter. Det kan opnås ved, at grupperne er internt homogene og eksternt heterogene. Altså relativt ens karakteristika blandt informanter inden for de enkelte grupper, samtidig med at diversiteten sikres på tværs af grupperne. Det viste sig dog i praksis at være svært på forhånd at skelne deltagernes karakteristika væsentligt fra hinanden, og grupperne blev derfor sammensat på baggrund af geografiske frem for personlige og demografiske kendetegn, en fremgangsmåde Halkier (2002: 37) selv har benyttet. Det bevirkede, at den maksimale spredning blev sikret gennem en kombination af både den interne og eksterne sammensætning, således at grupperne endte med at være sammensatte på tværs af karakteristika (Halkier 2002: 32).

Det blev prioriteret, at begge køn i videst muligt omfang skulle være repræsenteret, også når det kun var to informanter. Det lykkedes, bortset fra det andet interview i København bestående af tre mænd.

Aldersspredningen lå på 20 år, og den uddannelsesmæssige forskel var fra 7 års skolegang til lang videregående uddannelse. Uddannelsesniveaut afspejlede informanternes beskæftigelse, der varierede fra ufaglært pensionist over kloakmester til projektchef. Endelig varierede informanternes søgefrekvens fra meget højt, over højere og lille til intet.

Det sidste parameter, som var aktuelt i forhold til fokusgruppernes sammensætning, var informanternes nuværende status i forhold til brug eller ikke brug af statiner. For enkelte deltagere havde bivirkninger og ubehag været årsag til, at de havde afbrudt deres statinbehandling. Dette medførte i 4 interviews, at ikke alle informanter tog statiner på tidspunktet for samtalerne.

Det var, som allerede nævnt tidligt i forløbet, blevet besluttet af praktiske og teoretiske årsager at holde grupperne på maksimum 5 deltagere, da der var tale om et følsomt emne. Det viste sig at være en klog beslutning, idet spørgsmålet om brug eller ikke brug af statiner gav anledning til meget følelsesladede kommentarer – både for og imod. Specielt gruppen i Taastrup med fordeling 3 for og 2 imod brugen af statiner var ind i mellem emotionelt påvirket. Det kom ikke til verbale konfrontationer, men det var til tider en vanskelig balancegang og kun en stringent gennemførelse, et klart formuleret sæt spilleregler og en stram styring sikrede et behageligt forløb for alle involverede. Det vil af bilag A7 yderligere fremgå, hvordan empiriindsamlingen forgik i praksis.

2.4.4 Analytisk tilgang

Alle interviews blev auditivt optaget digitalt og efterfølgende transskriberet af en studentermedhjælper. Kvale og Brinkmann (2009: 201) skriver om lydoptagelsen, at den er den mest pålidelige sikring af empiri, samtidig med at man undgår, at informationsmængden ved et højt antal interviews bliver uoverskuelig, som ved f.eks. brug af video. Transskriberingen skete for at give størst muligt fortolkningsmæssigt råderum gennem at bevare nuancerne, uden at der var behov for at fokusere på det rent sproglige univers (Kvale og Brinkmann 2009: 202). Transskriptionerne kan ses i bilag E-I.

Med interviewene således nedfældet på tryk var det muligt at tilgå empirien med et mere analytisk blik. Kvale og Brinkmann (2009: 211) mener, at det er ved synet af de mange udskriftssider, de praktiske problemer i forbindelse med interviewundersøgelser kulminerer. Denne kulmination af udfordringer kan reduceres væsentligt ved anvendelse af en analysestrategi, der sikrer, at informationsmængden opbrydes i mindre dele. En proces om hvilken Strauss og Corbin skriver:

Breaking the analytic process down is an artificial but necessary task because analysts must understand the logic that lies behind analysis. That is what analysts are trying to accomplish through the use of techniques and procedures.

(Strauss og Corbin 1998: 101-102)

Som citatet afslører, dækker den samlede analysetilgang over en lang række teknikker og procedurer, som alt efter tilgang blandt andet omfatter begreberne kondensering, tematisering, kategorisering og kodning. Uanset den anvendte terminologi dækker det over ønsket om systematisk at reducere datamaterielt i forbindelse med en analyse (Halkier 2002: 78). Hertil anbefaler Kvale og Brinkmann (2009: 228) meningskondenseringen, der er kendetegnet ved netop at reducere tekstuniverset. Formen er specielt brugbar ved omfattende og komplekse interviewtekster, hvor disse kan nedbrydes i naturlige meningsenheder og opsættes i hovedtemaer for afslutningsvis at blive gjort til fortolkningsgenstand (Kvale og Brinkmann 2009: 228).

Her giver Kim Schrøder (2003) et kvalificeret bud på en anvendelig tilgang i form af en multidimensional model, der i sin tilgang stemmer overens med præmisserne for det fokuserede interview.

I enhver undersøgelse af mediereception vil der være specifikke problemstillinger og temaer, som man er interesseret i at belyse, typisk de ting som ansporede én til overhovedet at gå i gang med analysen – de ting man »ville finde ud af«, hvad enten det nu drejer sig om folkelig smag og soap operaer, vold og videofilm/computerspil, miljøbevidsthed og reklame, nyheder og demokratisk deltagelse, osv. Mange receptionsanalyser er således tematisk strukturerede,

både i den måde interviewguiden tilrettelægger interviewene på, og i den måde interviewudskriften fortolkes på.

(Schrøder 2003: 63)

Her vedkender Schrøder sig tanken om, at mange interviewundersøgelser på forhånd er styret af tidligere erfaringer og antagelser i form af problemstillinger og temaer, hvilket netop er karakteristisk for det fokuserede interview. Schrøder opstiller derfor 5 universelle dimensioner ved mediereception: Motivation, forståelse, konstruktion, holdning og handling, som er kendetegnet ved at repræsentere et kontinuum af meninger relateret til den enkelte informants reception. Det påpeges (Schrøder 2003: 71), at modellen er fleksibel og kan benyttes med færre dimensioner eller med dimensioner udviklet til lejligheden, hvilket muliggør, at data fra begrebsinterviewet også vil kunne anvendes. I praksis er Schrøders dimensioner erstattet af de i relation til de i indholds- og spørgeskemaanalysen identificerede problemstillinger og den deraf udviklede spørgeguides temaer. Analysedimensionerne i denne afhandling udgør således:

- **Framing**
- **Patientroller**
- **Søgningsstrategi**
- **Polariseret medieindhold**
- **Forvirring**
- **Utryghed**
- **Gennemgående temaer.**

Der er for de to første dimensioner tale om en pendulering imellem tre på forhånd identificerede positioner. Søgningsstrategi, holdninger til polariseret medieindhold, forvirring og utryghed er alle dimensioner, der kan udtrykkes som handlings- og holdningskontinua. De gennemgående temaer er ad-hoc dimensioner opstået i løbet af interviewene. Schrøders model vil således foranledige til, at interviewanalysen bliver en kategoriserende meningskondensering.

Samtidig med, at multidimensionalmodellen danner rammen for interviewanalysen, har den foregående gennemførelse af og rekruttering via spørgeskemaet den fordel, at den giver et meget nøje kendskab til de enkelte informanter, da de via deres e-mailadresse kan identificeres. Det giver mulighed for en lang række supplerende analytiske tilgange, hvor man bl.a. benytter den enkelte informants *søgefrekvens* som baggrundsvariabel i analysen af interviewene. Dette betyder, at man udover den meningskondenserende analyse også benytter en mere løs ad hoc-tilgang, som Kvale og Brinkmann (2009: 259) kalder bricolage. Denne eklektiske metode er kendetegnet ved, at man benytter de forhåndenværende søms princip for på den måde at få mulighed for at få meningsskabelse gennem figurer, tabeller, enkelte ord eller en kombination af disse.

3. Sundhed og livsstil

Hansen og Andersen (2009: 47-48) beskriver, at det at knytte ord til begreber er en forudsætning for at kunne beskæftige sig med fænomener på et intellektuelt og videnskabeligt forsvarligt niveau. Det betyder i deres optik, at den efterfølgende måling og analyse af begrebet i den operationelle fase lettes betydeligt. Derfor vil dette afsnit beskæftige sig med at udrede begrebet *sundheds* mange betydninger i relation til dette projekt.

3.1 Tilgange til sundhed

Sundhed har en lang række forskellige definitioner alt afhængig af den forskningsvinkel, begrebet anskues fra. Skal man som i denne afhandling forsøge at beskrive sundhed ud fra et ikke-medicinsk udgangspunkt, er der i følge Deborah Lupton flere muligheder. Hun beskriver i sin bog *Medicin as Culture* fra 2012 en række forskningsretninger, der parallelt med medicin har egne fokuser og metodiske tilgange i relation til medicin, samfund og sundhed. Hun nævner, at særligt for medievidenskaben gælder det, at fokus ligger på at undersøge dagliglivet og brugen af medier og digitale informationsteknologier i den vestlige verden (Lupton 2012: 14). I en medicinsk sammenhæng er mediestudier interessante, idet de sammenbinder befolkningens (*modtageren* og *brugeren* i et medieperspektiv) forståelse af sundhed og sygdom med den måde, hvorpå samme emner bliver fremstillet i medierne.

*Many people first learn about new medical technologies and therapies
or the latest research into the link between lifestyle factors and health status,
via the mass media.*

(Lupton 2012: 15)

At befolkningen tilegner sig viden om sundhed, behandling og de nyeste forskningsresultater gennem medierne er ikke overraskende (se f.eks. Rogers 1962; Kiernan 2003; van Hunsel et al. 2009), men der synes også at være forbindelse mellem medier, livsstil og sundhedsstatus. Lupton opridser en række kultur- og mediestudier, der har beskæftiget sig med sundhed, og som underbygger forbindelsen. Hun opsummerer:

*Such studies bring together the concern of the sociology of knowledge and
the sociology of culture in ways which provide fascinating explanations of
how such seemingly individual characteristics as a person's appearance,
style, eating and exercise habits, taste, manners and bodily deportment are
not merely personal idiosyncrasies but are highly influenced by sociocultural
norms, linked to social class, gender at ethnicity.*

(Lupton 2012: 15)

Set ud fra Luptons perspektiv synes følgende punkter at være anvendelige i dette projekt i relation til begrebet sundhed. De er: Motion, kostvaner, socialt tilhørsforhold, køn og livsstil. Da LIFESTAT-projektet ikke beskæftiger sig med *etnicitet*, er dette punkt udeladt. Det betyder ikke, at etnicitet er et uvæsentligt nedslagspunkt i forholdet mellem medier og sundhed, men det er udeladt af hensyn til hele afhandlingens omfang.

Endelig er *alder* tilføjet som et selvstændigt punkt på lige fod med *social status* og *køn*. Det skyldes, at alder sammen med de to nævnte demografiske variable i store dele af de efterfølgende analyser indgår som uafhængige forklaringsvariable. F.eks. udgør alder et væsentligt parameter i den nationale survey, idet målgruppen specifikt udgøres af de 45-75-årige.

Begrebskonstruktionen i denne afhandling er derfor struktureret i relation til følgende analysepunkter:

- **Individet og sundhed**
Fokus på mikroniveau – herunder en redegørelse for sociale faktorer, køn, alder, motion samt kost og fedme.
- **Livsstil og sundhed**
Med udgangspunkt i Bourdieu, Dahl og Ottos tanker vil en individualiseret sundhedstypologi blive udviklet med henblik på en operationalisering af typologien i forbindelse afhandlingens analyseafsnit.
- **Medier og sundhed**
En gennemgang af medieplatforme, indholdstyper og viden på feltet.

3.2 Medikalisering

For at kunne redegøre for begrebet sundhed er det nødvendigt indledningsvis at introducere en udvikling, der manifesterer sig på makroniveau, men som får betydning på mikroniveau, når talen falder på forebyggelse. Der er i et samfundsperspektiv en tendens til, at flere og flere af livets faser bliver betragtet i en lægelig optik, således at tidligere ikke-medicinske problemer bliver defineret og behandlet ud fra et medicinsk perspektiv. Denne tendens omtales bredt som *medicalization* og beskrives første gang i 1975 af den medicinske sociolog I.K. Zola¹⁶.

Hvas (1999: 5783) oversætter *medicalization* til *medikalisering* og definerer det på følgende vis:

Ved medikalisering forstås, at større og større dele af menneskelivets reaktioner og livsfaser defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme og derved fører til et anliggende for sundhedsvæsenet.

(Hvas 1999: 5784)

Hvas tilføjer, at der er en klar sammenhæng mellem *medikalisering* og *sygeliggørelse*, men at de to begreber ikke er synonyme:

Ved sygeliggørelse forstås, at en person, der føler sig rask, af en anden part får at vide, at han/hun har en sygdom, et for-stadium til en sygdom eller en risikofaktor for at udvikle en sygdom og herved udvikler en følelse af at være syg. Herved bliver individet gjort til patient og vil kunne påtage sig en patientrolle.

(Hvas 1999: 5785)

Den primære forskel på *medikalisering* og *sygeliggørelse* er, at medikalisering sker på samfundsniveau, og sygeliggørelse på individniveau.

Årsagen til medikaliseringen er ifølge Conrad (2007: 9) primært tre faktorer. For det første lægestanden og dennes udvidelse af interessefelt. For det andet sociale bevægelser og interessegrupper, der ønsker at få diagnosticeret en lidelse for derigennem at opnå anerkendelse og privilegier. Og endelig en inter- eller intraprofessionel konkurrence mellem forskellige faggrupper om at opnå prestige i forbindelse med definition og behandling af nye sygdomme. Senere tilføjer Conrad (2007: 16), at lægemiddelindustrien også spiller en rolle, når den i stigende omfang tilbyder produkter, services og behandling.

Uanset påvirkningsgraden af hver af de fire ovenfor nævnte faktorer bliver resultatet af medikaliseringen, at der bliver mindre rum for det sunde og "normale", og at afvigende og behandlingskrævende adfærd og

¹⁶ Zola bruger første gang termen *Medicalization* i Zola, I. K. (1975): *Medicine as an institution of social control*. In Cox, C. & Mead, A. (ed.): *A sociology of medical practice* (pp. 170-246). London: Collier-Macmillan.

tilstande bliver mere og mere udbredte. Lene Otto opsummerer problematikken omkring medikaliseringen på følgende vis, idet hun stiller spørgsmålstejn ved:

*...om det egentlig er specielt human, at stadig flere områder af livet kræver
professionel assistance, og at enhver behandling forudsætter kendskab til
folks private liv og psykiske tilstand, blot fordi det sker i sundhedens navn?*

(Otto 1997: 184)

I sin yderste konsekvens vil medikaliseringens fortsatte vækst betyde, at alt ved menneskelivet vil være forbundet med mulige risici for sygdom og dermed være et potentielt mål for medicinsk intervention. Hverken Crawford, Conrad, Hvas eller Otto sætter forhøjet kolesterol på listen over lidelser, som kan forbindes med medikaliseringen, men tilstanden må i allerhøjeste grad siges at være på listen. Det skyldes ikke mindst, som det senere skal uddybes i denne afhandling, at der i takt med en øget medicinsk forståelse for kolesterolers rolle i forhold til blandt andet hjerte-karsygdomme sker en udvidelse af interessen for netop kolesterol. Den øgede indsigt og forståelse er anvendelig for patientforeninger, som f.eks. Hjerteforeningen, der ved anerkendelse af forhøjet kolesterol som et medicinsk problem kan kræve tilstanden behandlet. Behandlingskravet medfører, at der i det medicinske miljø opstår en kamp om at definere feltet og den dertilhørende behandling.

Tydeligst herhjemme er opgøret mellem på den ene side professor Gorm Jensen, forskningschef i Hjerteforeningen samt professor Børge Nordestgaard, kolesterolforsker ved Herlev Hospital, der strider med Henrik Dibbern, praktiserende læge og tidligere formand for Praktiserende Lægers Organisation (PLO) om retten til at definere den rigtige behandling af forhøjet kolesterol¹⁷. Stridens kerne er, om det er nok at omlægge sin diæt, eller om der er en fordel at tage statiner? Medicinalindustrien er klart fortalende for det sidste. Forhøjet kolesterol er således et tydeligt eksempel på medikalisering, og som det efterfølgende statinafsnit vil forsøge at blottlægge, er denne udvikling mangefacetteret og båret frem af en lang række interesser.

3.3 Individet og sundheden

Behandlingen af forhøjet kolesterol foregår imidlertid altid på individniveau, og det vil derfor være naturligt at se nærmere på, hvilke parametre der er afgørende for det enkelte individs sundhed i forhold til, om en statinbehandling initieres. Disse for afhandlingen relevante parametre i relation til Luptons teori udgøres af følgende personlige parametre:

- Sociale faktorer
- Køn
- Alder
- Motion
- Kost og fedme.

Rækkefølgen er vilkårlig, og alle faktorer spiller en væsentlig rolle i relation til en analyse og forståelse af projektets empiri.

3.3.1 Individet og sundheden: Sociale faktorer

I samme åndedrag som man nævner sociale faktorer og sundhed, nævnes også forskelle i niveau af sundhed. Der er en stærk korrelation mellem sociale faktorer og niveauet af sundhed. Selvom ulighed først kom på den politiske dagsorden i 1990'erne, var interessen for socialt betingede forskelle i sundhedsniveau ikke noget nyt fænomen. Det skyldes ikke mindst epidemiologerne, der siden 1970'erne har insisteret på, at

¹⁷ Et godt eksempel på denne kamp er artiklen "De slås om dit kolesterol" bragt i BT d. 24/4-2012.

de mest almindelige sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, slagtilfælde og kræft var knyttet til sociale faktorer som f.eks. livsstil (Pedersen 2002: 59). I takt med det øgede fokus både medicinsk og politisk er listen over faktorer blevet mere omfangsrig og bedre specificeret. Sundhedsstyrelsen opregner i 2011 en række parametre eller sociale faktorer, der påvirker niveauet af sundhed. De er opdelt i tre kategorier:

- Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred
- Sygdomsårsager som påvirkes af social position
- Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser.

(Sundhedsstyrelsen 2011b: 8)

Det vil være for omfangsrigt at kommentere på hver enkelt af de tre parametre, men det er værd bemærke, at de tre parametres underpunkter stort set dækker et helt menneskeliv fra vugge til grav. Det er altså på alle tidspunkter af livet, sociale faktorer påvirker borgerens sundhed, og at uligheden manifesterer sig.

I forbindelse med dette projekt er specielt underparameteret *sundhedsadfærd* af primær interesse, idet både spørgeskema og den efterfølgende interviewundersøgelse har dette parameter som fokuspunkt. *Sundhedsadfærd* er af Sundhedsstyrelsen defineret som kost, rygning, alkohol, motion samt fedme. Alle variable, hvis betydning for den individuelle sundhed vil blive beskrevet senere i dette kapitel. Sundhedsstyrelsen giver et bud på, hvilke determinanter, der ligger til grund for uligheden i individuel sundhedsadfærd.

Social ulighed i sundhed er et spørgsmål om, at der er systematiske forskelle i sundhedstilstand mellem borgere i samfundet opdelt efter socioøkonomiske kriterier som uddannelse, indkomst og arbejdsforhold.

(Sundhedsstyrelsen 2012: 6)

Borgernes socioøkonomiske baggrund er med andre ord afgørende for sundhedsniveauet. Eller sagt på en anden måde, så er socioøkonomiske faktorer afgørende for individets sundhed.

Sundhedsstyrelsen hæfter sig specielt ved *uddannelse, indkomst og arbejdsforhold*.

Det er i denne sammenhæng heller ikke urimeligt at udlede, at *uddannelse* har en determinerende betydning for de to andre parametre, *indkomst* og *arbejdsforhold*, idet der er en klar sammenhæng mellem uddannelse og indkomst (Jeppesen 2005: 17) og uddannelse og job og dermed arbejdsforhold¹⁸.

Med andre ord er *uddannelse* det mest determinerende socioøkonomiske kriterium for graden af sundhed. Det understreges af følgende citat fra Sundhedsstyrelsen:

Et rigt velfærdssamfund kræver en høj grad af arbejdsdeling og gør brug af incitamenter for, at mennesker skal uddanne sig og arbejde. Dette er med til at skabe en vis grad af social og økonomisk ulighed i arbejdsforhold og indkomst...

(Sundhedsstyrelsen 2012: 6)

Som det fremgår, følger arbejdsvilkår og indkomstgraden af uddannelse, om end påvirkningsforholdet ikke ekspliciteres. Det må være underforstået, at høj uddannelse medfører gode arbejdsforhold og indkomst. At uddannelse er et determinerende socioøkonomisk kriterium fremgår også af det faktum, at langt den overvejende del af de beregninger og beskrivelser, de to rapporter fra Sundhedsstyrelsen¹⁹ benytter til at

¹⁸ "Uddannelse er statusgivende og udløser højere løn og bedre og friere arbejdsvilkår": Bertel Haarder: Grænser for politik, Gyldendal, 1990. Indgår ikke i afhandlingens teoridannelse.

¹⁹ Sundhedsstyrelsen (2011b): *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser* samt Sundhedsstyrelsen (2012): *Social ulighed i sundhed - hvad kan kommunen gøre?*

beskrive ulighed i sundheden, er funderet på forskel i uddannelsesniveau. Det gælder f.eks. en beskrivelse af sundhedsadfærd og mængden af kolesterol i blodet:

Andelen af mænd med lavt HDL-kolesterol viste stigende tendens i perioden 1978-2006. I 1978 var der ikke forskel mellem mænd med og uden erhvervsuddannelse, men i 1980'erne og 1990'erne udviste de uden erhvervsuddannelse en større andel med lavt HDL-kolesterol...

(Sundhedsstyrelsen 2011a: 102)

Tilsvarende hedder det hos Arbejderbevægelsens Erhvervsråd:

Den forventede restlevetid blandt 30-årige ufaglærte mænd er 44,9 år, mens den forventede restlevetid blandt 30-årige mandlige akademikere (LVU) er 52,2 år.

(Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2012: 1)

Uddannelse er altså en af de primære faktorer, der definerer borgernes sundhed.

Årsagen til den kraftige argumentation for uddannelsesniveauets afgørende betydning er, at både surveyet og interviewundersøgelsen aktivt inddrager denne faktor som forklaringsparameter. Af hensyn til omfang og på baggrund af ovenstående argumentation er indkomst fravalgt i begge undersøgelser. Dertil skal det nævnes, at oplysninger om indkomst kan være et følsomt og tabubelagt emne (Hansen og Andersen 2009: 139), og det også derfor blev fravalgt for ikke at støde respondenter og informanter i forsøget på at sikre en højere grad af deltagelse.

3.3.2 Individet og sundheden: Kønnen til forskel

At sundhedsniveauet er afhængigt af socioøkonomiske faktorer, synes altså at være uomgængeligt. Det samme er tilfældet, når blikket vendes mod kønnet.

*Men have higher mortality than women at all ages...
For example, men's mortality from cardiovascular and other circulatory diseases is 1.5 times that of women...*

(Sundhedsstyrelsen 2011a: 6)

Som det fremgår af citatet fra Sundhedsstyrelsen, er der i lyset af flere epidemiologiske undersøgelser en klar forskel på kvinders og mænds dødelighed og dermed tilsyneladende også en forskel i tilgangen til sundhed. Schøler og Otto (2011: 72-74) bemærker, at mænd har en forventet middellevetid, der er 4,5 år kortere end kvinder, og opridser en række årsager:

- Mænd føler sig generelt sundere end kvinder
- Mænd går til lægen med en lavere frekvens end kvinder
- Der er forskel i synet på kvinde- og mandekroppen
- Oplysningskampagner appellerer mere til kvinder end til mænd.

Kvinder lever i gennemsnit 82,5 år, og mænd 78,6. Forskellen i middellevetiden er altså knap 4 år mellem mænd og kvinder²⁰. Når mænd og kvinder bliver bedt om at beskrive oplevelsen af egen sundhed, føler mænd sig mindre syge end kvinder (Schøler og Otto 2011: 72). I 2005 oplyste 75,3 % mænd, at de havde en eller flere former for ubehag eller smerte, mens 32,3 % af mændene angav at have mindst én form for smerte eller ubehag, der var generende i deres hverdag. Tallene for kvinderne var henholdsvis 84,0 % og

²⁰ Danmarks Statistik – Statistikbanken 2016

46,8 % (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005). Samme undersøgelse viser også, at 38% mænd og 41,7% kvinder oplyser, at de er påvirket meget eller lidt af en ikke hæmmende langvarig sygdom. Denne tendens til en mere positiv oplevelse af eget helbred viser sig også i statistikken over indtag af medicin og frekventering af sundhedsvæsenet. 47,9% kvinder og 37% mænd tager i løbet af 14 dage medicin, der enten er receptpligtig eller erhvervet ved håndkøb (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005). Mænd kontaktede i gennemsnit deres praktiserende læge 7,7 gange årligt, mens kvinder kontaktede deres praktiserende læge 10,5 gange årligt i 2009²¹.

Der er altså en stor diskrepans mellem det reelle sundhedsniveau og den oplevede sundhed, der kan relateres til kønnet. Schøler og Otto (2011: 73) mener, at mænds forhold til egen krop i en samfundsmæssig optik aldrig har været et emne, som var særligt højt på dagsordenen, heller ikke blandt mændene selv. Schøler og Otto (2011: 73) mener desuden, at forskellen i middellevetid og sundhedsniveau også skyldes, at de mange og omfattende sundhedskampagner ikke appellerer til mænd, idet der ofte fokuseres på varetægelse af egne og andres sundhed. Noget der generelt forbindes med den traditionelle kvinderolle. Meillier, Lund og Gerdes uddyber denne problemstilling:

Knowledge about lifestyle factors that may have a negative influence on health is extensive in Western cultures and has increased over the past 20 to 30 years, and men and women seem to be equally well informed. In the Western world, knowledge about dietary factors is, however, generally greater for women than for men.

(Meillier, Lund og Gerdes 1997: 216)

Kvinder og mænd er altså lige velinformerede, hvad angår en usund livsstil, mens kvinder har en større viden omkring kostvaner. Det paradoksale er med andre ord, at mænd ifølge statistikkerne ikke i samme omfang som kvinder omsætter deres viden til praktisk handlen og f.eks. lægger deres livsstil om. Schøler og Otto (2011: 74) beskriver, at viden ikke i sig selv er et incitament, men at kroppens funktionalitet eller mangel på samme har en langt større indflydelse på, at mænd ændrer livsstilsvaner i en sundere retning. Oplever mænd en nedsættelse af kroppens evner, medfører det ofte en omlægning af vaner. Ud over nedsatte kropsfunktioner er ønsket om at se de næste generationer vokse op også en motiverende faktor. Samme motivationsfremmende funktion har oplevelsen af jævnaldrende kollegers blodpropper og familiemedlemmers sygdom og tidlige død (Schøler og Otto 2011: 74). Det gennemgående og samlende kendetegn for disse faktorer er, at de er selvoplevede livserfaringer. Praktisk erfaring er med andre ord afgørende, hvis man ønsker at forbedre mænds sundhed. Meillier, Lund og Gerdes (1997: 233) konkluderer, at sandsynligheden for, at mænd godtager sundhedsbudskaber i oplysningskampagner, hænger sammen med deres egne praktiske erfaringer.

I resultatdelen og analysen af dette projekt spiller køn som den uafhængige variabel en afgørende rolle for mange af resultaterne. Mænds og kvinders selvvaluerede helbred, kostvaner, motion og ikke mindst medievaner er som afhængige variable stærkt influerede af det kønsmæssige udgangspunkt. Uanset forskellen mellem kønnene gælder det dog, at kvinder øver en positiv indflydelse på mænds sundhed. Gifte mænd har lavere sygelighed og vurderer også selv deres helbred bedre end samlevende og enlige (Statens Institut for Folkesundhed 2005: 51 og 58).

3.3.3 Individet og sundheden: Alderen til forskel

Antallet og andelen af ældre er støt stigende. Forbedrede levevilkår, en positiv medicinsk udvikling og et generelt løft i velfærdsniveauet har forlænget den gennemsnitlige levetid. Således er den ældre del af befolkningen mellem 60 og 100 år siden 1990 vokset fra 1.017.997 til 1.332.103 i 2016²². Samtidig med

²¹ Danmarks Statistik – Statistikbanken 2016

²² Danmarks Statistik - Statistikbanken

denne antalsmæssige stigning synes der også at være en ændring i helbredstilstanden for den ældre del af befolkningen. En ændring der for store dele af befolkningen er gået i en positiv retning.

Selvom der er blevet flere sunde ældre, er det imidlertid et grundvilkår, at aldring er ensbetydende med forandring over tid. Hos børn taler vi om udvikling eller modning, mens vi hos ældre i positivt fald taler om vedligeholdelse, men oftest om regression og endelig afvikling. Det er et uomtvisteligt faktum, at kroppen over tid mister evnen til fortsat at regenerere i takt med de nedbrydende processer, immunforsvaret svækkes og den fysiske reservekapacitet forringes. Samlet kan denne proces betegnes som *entropi* (Fromholt og Munk 2002: 124-125). Uanset om man anskuer alderdom som en sygdom, som det oftest sker inden for det medicinske felt, eller som et kulturelt artefakt²³ som hos biologerne, er alderdommen den sidste livsfase og er forbundet med en lang række udfordringer. Ikke mindst hvad angår helbred.

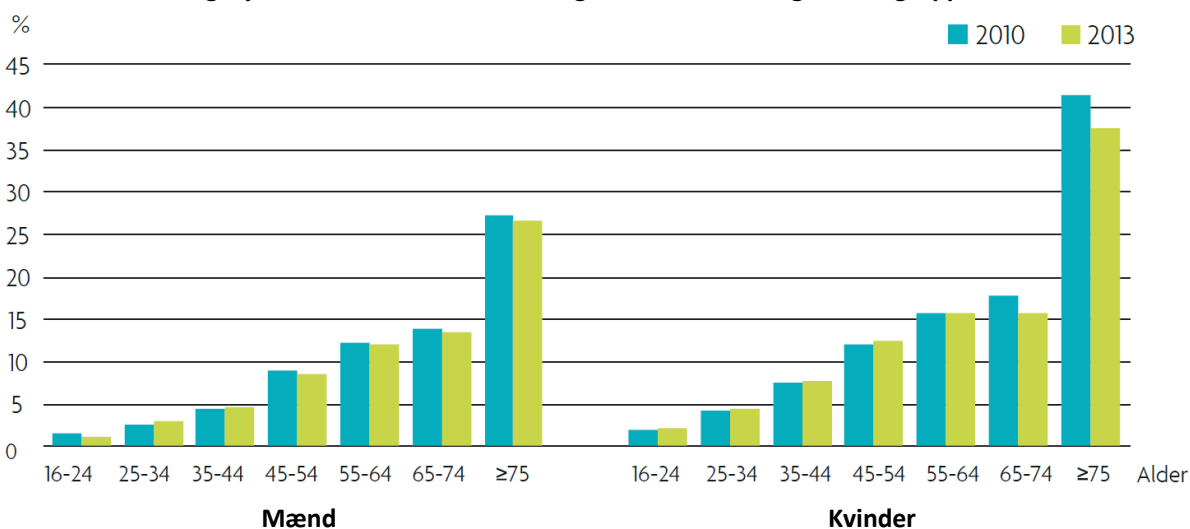
Af Sundhedsstyrelsens store befolkningsundersøgelse fra 2013 fremgår det således, at:

Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende eller vældig godt, falder med stigende alder.

(Sundhedsstyrelsen 2014a: 14)

Det skal tilføjes, at der i citatet er tale om selv vurderet helbred, og at der derfor ikke er tale om et objektivi mål, men derimod et udtryk for det enkelte individs subjektive oplevelse. Det skygger dog ikke for det faktum, at befolkningen på tværs af demografiske skel selv oplever, at deres helbredstilstand forringes med alderen. Det samme billede gentager sig, når man ser på de reelle helbredstal.

Andel med dårligt fysisk helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper 2010-2013.



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2014a: 17)

Figur 7

Selvom diagnosen *dårligt helbred* i undersøgelsen fra Sundhedsstyrelsen er defineret på forhånd ud fra en række prædeterminerede kriterier, viser figur 7, at den procentvise stigning i andelen af individer med et dårligt helbred klart kan relateres til alder. Det må derfor kunne konkluderes, at alder spiller en negativ rolle for opnåelse af et godt helbred.

Selvom aldring for alle er forbundet med en relativ forringelse af helbredet, er det imidlertid ikke ensbetydende med, at ældregruppen udgør en homogen del af befolkningen:

²³ I biologien er et kulturelt artefakt et kunstprodukt i form af f.eks. et fænomen, der er opstået som følge af den anvendte observationsmetode.

Tværtimod udviser den ældste del af befolkningen en heterogenitet, som bevirker, at det undertiden kan synes ubegrundet at samle den under en kollektiv fællesbetegnelse.

(Fromholt og Munk 2002: 128)

Og Juul Jensen specificerer dette forhold:

At blive gammel er en livssituation, der er afhængig af det livsforløb, man har været igennem. Det er en situation, der er afhængig af en række forskellige vilkår: familiemæssige, økonomiske etc.

(Jensen 2001:162)

Senere tilføjer Juul Jensen, at disse forskelle i livsforløb er afhængige af klassetilhørsforhold. I lighed med ovenstående afsnits redegørelse for sociodemografiske parametres betydning for sundhed har disse parametre altså også en betydning for alderdommen og den deraf følgende sundhedstilstand.

Da uddannelse som tidligere nævnt er det mest anvendelige sociodemografiske parameter i relation til sundhed, kan det derfor ikke overraske, at andelen af individer med dårligt helbred stiger fra 3,6% blandt personer, der har gennemført en videregående uddannelse til 26,3% blandt personer, der har folkeskolen som eneste uddannelse (Sundhedsstyrelsen 2014a: 17).

I dette projekt udgør det videnskabelige fokus de 45-75-årige. Det betyder, at mange af de faktuelle alders- og helbredsrelaterede fakta, som beskrives ovenfor, er yderst relevante i relation til de analyser og konklusioner, som senere vil blive beskrevet. Alder er en uafhængig variabel, der i høj grad påvirker variable som sundhed, livsstil og ikke mindst medievaner i spørgeskemadelen.

3.3.4 Individet og sundheden: Fedme, kost og motion

Siden Statens Husholdningsråd i 1986 lancerede det multimedielemte undervisningsmateriale "Du blir' hvad du spiser"²⁴, er titlen på kampagnen blevet en del af danskernes sprogbrug og har optrådt 216 gange i danske medier siden 1990.²⁵ Kampagnen, der i sin tid var produceret til elever i folkeskolen, er et typisk eksempel på, hvordan offentlige institutioner i praksis forsøger at vejlede og instruere befolkningen i at indtage den mest ernæringsrigtige kost.

Sunde vaner, vægttab og livsstilsforandringer anses i dag for at være såvel et privat som et offentligt anliggende.

(Schøler og Otto 2011: 68)

Det er ikke nyt, at samfundet påvirker borgeren i relation til en sund levevis, men som en række rapporter viser, er dele af den danske befolkning i faretruende grad ved at blive det, den spiser.

Ordet *fedmeepidemi* er et af de mest anvendte, når det gælder om at beskrive udviklingen i danskernes vægtforøgelse, og det synes også at være et faktum, der kan underbygges af tal. Ifølge Statens Institut for Folkesundhed led omkring 7,5% af befolkningen i 1994 af svær overvægt. I 2003 skriver Ernæringsrådet, at omkring 40% af danskerne lider af overvægt, og 13-15% af egentlig fedme (Richelsen 2003: 7). Endelig i 2013 er andelen af overvægtige steget til 47%, mens andelen af stærkt overvægtige ligger på 14,3% (Statens Institut for Folkesundhed 2016: 6). Antallet af voksne danskere udgjorde i 3. kvartal af 2016 godt 4.557.000 individer²⁶. I relation til undersøgelsen fra 2013 svarer det til, at over 2,1 mio. danskere er

²⁴ Statens Husholdningsråd (1986), Du bli'r, hvad du spiser, Landscentralen for Undervisningsmidler, København. Statens Husholdningsråd er nu nedlagt og er en del af Forbrugerstyrelsen.

²⁵ Tal fra Infomedia-søgning på "Du bli'r, hvad du spiser", fra 1.1.1990 til 1.11.2016.

²⁶ Danmarks Statistik – Statistikbanken.

overvægtige, og at 650.000 er svært overvægtige. Forklaringen på denne udvikling er ikke entydig, men der synes dog at være et par markante pejlemærker:

Der er ingen tvivl om, at fedmeepidemien er multifaktorielt betinget, men det er den generelle vurdering, at fedmeepidemien primært kan relateres til et stort fald i befolkningens fysiske aktivitet, der ikke er blevet kompenseret for ved et tilsvarende fald i energiindtaget.

(Richelsen 2003: 7-8)

Antallet af afbrændte kalorier står altså ikke mål med antallet af konsumerede ditto. Det samme er også WHO's konklusion. Her udpeges kosten og den manglende motion som de primære kilder til eksplosionen i antallet af overvægtige (World Health Organization 2004: 4). WHO opridser en række tiltag inden for ernæring og motion, hvoraf mange også er implementeret i dansk regi, og som desuden omfatter alkohol og rygning. Samlet er der således tale om fire forskellige faktorer, der samlet går under betegnelsen KRAM: *Kost, Rygning, Alkohol og Motion*.

Generelt anbefaler Det Nationale Råd for Folkesundhed²⁷ følgende adfærd i relation til hver af de fire faktorer:

Det Nationale Råd for Folkesundheds KRAM-anbefalinger

Kost:
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at du spiser 6 stykker eller 600 gram frugt og grønt om dagen; spiser fisk og fiskepålæg flere gange om ugen; spiser kartofler, ris eller pasta og groft brød hver dag; sparer på sukkeret, især fra sodavand, slik og kager; sparer på fedtet, især fra mejeriprodukter og kød; spiser varieret og slukker tørsten i vand.
Rygning:
Listen over sygdomme forårsaget af rygning er lang, herunder forhøjet blodtryk, lungekræft, hjertekarsygdomme og luftvejslidelser. Rygeophør har en gavnlige indflydelse på helbredet og har en livsforlængende effekt, ligegyldigt hvornår du holder op. De helbredsmæssige gevinster ved rygestop er mange, både på kort og lang sigt, og dækker blandt andet nedsat risiko for luftvejsproblemer, blodproppdannelse og lungekræft.
Alkohol:
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at mænd højst drikker 14 genstande om ugen, og at kvinder højst drikker 7 genstande om ugen. Det anbefales derudover, at man ikke drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed – for eksempel på en aften.
Motion:
Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne er moderat fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen og udfører fysisk aktivitet af høj intensitet 20-30 minutter to gange om ugen.

Tabel 22

Ét er søkort at forstå, et andet skib at føre. For ifølge Meillier, Lund og Gerdes (1997) er de fleste borgere klar over, hvilke faktorer der spiller ind i forhold til at bevare et godt helbred. Befolkningen som helhed efterlever imidlertid ikke de råd og vejledninger, som de godt kender. Statens Institut for Folkesundheds rapport *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder* fra 2009 er en sammenligning af de mange anbefalinger, og i hvilken grad danskerne efterlever disse:

²⁷ Note: Det Nationale Råd for Folkesundhed blev nedsat i maj 2001 af sundhedsministeren og skal styrke indsatsen for at forbedre befolkningens sundhed og forebygge livsstilssygdomme. Rådet hører under og Sundheds- og ældreministeriet.

Udvalgte resultater af KRAM-undersøgelsen fra 2009

Kost:
Fedtindtag: Der er procentvis flere mænd (67 %) end kvinder (57 %), der indtager mere end 30% fedt.
Sukkerindtag: Andelen, der indtager mere end 10% tilsat sukker, er blandt mænd (13%) og kvinder (14%).
Frugtindtag: Der er en væsentlig større andel blandt mænd (69%) end kvinder (42%), der ikke spiser frugt hver dag.
Fiskeindtag: Der er procentvis lidt flere mænd (53%) end kvinder (50%), der ikke spiser fisk til aftensmad mindst én gang om ugen.
Rygning:
15% af befolkningen ryger dagligt.
Alkohol:
10% overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse i løbet af en typisk uge (Den anbefalede maksimumgrænse om ugen i denne undersøgelse var 21 genstande for mænd og 14 for kvinder).
Motion:
29% af dyrker hård eller moderat fysik aktivitet og 16% angiver, at de er stillesiddende i fritiden.

Tabel 23

Generelt giver resultaterne i tabel 23 en god forklaring på, hvorfor mere end 45% af befolkningen er overvægtige. Specielt fedtindtaget er langt over det anbefalede niveau, og under en tredjedel dyrker moderat fysisk aktivitet, mens omkring en sjettedel er helt stillesiddende i fritiden. Igen er der tale om demografiske forskelle, idet antallet af "dårlige vaner" stiger med alderen og falder med graden af uddannelse. Mænd har flere "dårlige vaner" end kvinder. De eneste afvigelser fra disse tendenser er, at unge spiser mere sukker end ældre (Statens Institut for Folkesundhed 2009).

I dette projekt indeholder den store nationale survey en række spørgsmål rettet mod KRAM-faktorerne, og som resultat- og analysedelen vil vise, er disse faktorer afhængige variable, der på samme vis som i KRAM-undersøgelsen fra 2009 i høj grad beror på de demografiske data: Alder, køn og uddannelse. Samtidig viser resultatdelen, at den viden, vi har om KRAM, ofte kan relateres til indholdet i medierne.

I det følgende afsnit kommer enkelte af KRAM-faktorerne igen i fokus, når forskellige livsstilsmodeller udfoldes og sættes i relation til sygdom og sundhed.

3.4 Individet og sundheden: Livsstil

Den teoretiske gennemgang bliver nu vendt fra en meget sundhedsfokuseret vinkel til en mere sociologisk og medievidenskabelig ditto, idet fokus rettes imod de værdier, der ligger bag den enkelte danskers holdning til sundhed, f.eks. KRAM-faktorerne. For når diskussionen kommer til variationen i sundhedsniveauet i Danmark, er det, som det fremgår af de ovenstående afsnit, altid livsstil, der er en del af svaret. Det følgende afsnit vil redegøre for den moderne livsstilsteori, dens udspring, metode, vigtigste tænkere og dens anvendelighed i en dansk sammenhæng.

Jensen (2008: 140) fastslår, at som medievidenskabelig tradition ligger livsstilsanalysen i en neksus mellem medier og samfund, hvor den qua sit udspring i sociologien ligger tættest på samfundspolen. Den spiller imidlertid en dominerende rolle inden for den modtagerorienterede tilgang i medieforskningen, og dens fokus på værdier og metode er kendetegnet ved ønsket om at:

...belyse folks mediebrug i forhold til livsstil i bredere forstand, og er blevet udbredt i de senere år, og har desuden givet anledning til offentlig debat om opdelinger af befolkningen i sociokulturelle 'segmenter'. ...

Resultatet er et 'kort' over værdierne, deres indbyrdes relationer og deres sammenhæng med diverse mediebrug.

(Jensen 2008: 123)

Specielt segmenteringstanken vil i kapitlet om medier og sundhed blive udfoldet i et medievidenskabeligt perspektiv ved inddragelse af Hjarvards tanker omkring medialisering, målgrupper og medieindhold. Som tradition benytter livsstilsundersøgelser en kvantitativ tilgang, og de nævnte værdier undersøges gennem en lang række spørgsmål, som efter besvarelse af det enkelte individ efterfølgende sammenlignes med resten af undersøgelsespopulationen. Værdierne, der spørges ind til, varierer alt efter livsstilsanalysens formål og orienterer sig generelt mod adfærd og holdninger inden for politik, miljø, familie, køn og forbrug.

Livsstil som begreb er set i et historisk lys ikke et nyt fænomen og tilskrives etymologisk den østrigske psykolog Alfred Adler²⁸. Adler beskrev i 1929 livsstil som den del af en persons karakter, der etableres under opvæksten. Tidligere studier af Veblen²⁹, Weber³⁰ og Simmels³¹ beskæftiger sig med livsstil og individets placering i samfundet og dets deraf følgende forbrug, status og socialdifferentiering, men benytter ikke selve termen *livsstil*. Det er først i midten af det 20. århundrede, at termen livsstil forbindes direkte med individets værdier og livsførelse. Den amerikanske sociolog David Riesmans tanker om socialkarakter i bogen "*The Lonely Crowd: A Study of the Changing American Character*" fra 1950 beskriver, hvordan livsstil kan forbindes med bestemte samfundspositioner. Riesman arbejder i bogen med tre livsstilstyper; de traditionsstyrede, de indrestyrede og de gruppestyrede. De tre typer lever på hver deres vis i relation til forskellige forestillinger om konformitet. Specielt for de gruppestyrede individer gælder det, at livsstilen afstemmes efter omgivelserne i relation til omgangskreds og massemedier (Riesman 1985: 65). Den engelske antropolog Mary Douglas skal også i denne sammenhæng nævnes. Hun arbejder med fire livsstilssegmenter; individualisten, enklavisten, hierarkisten og isolationisten, som alle klassificeres på baggrund af deres præferencer og organiseringen af hverdagslivet³².

En mere systematiseret tilgang til livsstil i krydsfeltet mellem socialpraksis og individuel smag er udviklet af den franske sociolog, antropolog og filosof Pierre Bourdieu. Hans samlede værk er omfangsrigt og bredt anerkendt også uden for sociologien, og specielt hans habitusteori har spillet en dominerende rolle i udviklingen af den moderne livsstilsforskning. Det skyldes ikke mindst det omfangsrige antal publikationer, men også den lange årrække, hvor han beskæftigede sig med sammenhængen mellem social position, præferencer og kulturelt forbrug. Dette langstrakte og omfangsrige fokus betyder på den anden side, at det er svært ensidigt at udpege et værk eller to, der teoretisk identificerer og specificerer hans nøglebegreber³³. Det mest centrale værk, når det gælder livsstil, er imidlertid *La Distinction* fra 1979, som her vil blive anvendt i en norsk oversættelse fra 1995. Samtidig vil han begreber blive konkretiseret i praksis på baggrund af værket *Reponse* fra 1992 i en dansk oversættelse foretaget i 1996.

3.4.1 Bourdieus nøglebegreber

Der vil i de følgende afsnit blive gjort rede for nøglebegreberne *felt*, *kapital*, *habitus*, *praksis*, *værdikort* samt metode, hvorefter disse vil blive introduceret i en dansk kontekst. Redegørelsen vil danne grundlag for en applicering af Lene Ottos tanker (1997, 1998, 2005 og 2011) om sundhedsdiskurser i Danmark på

²⁸ Online Etymology Dictionary: <http://www.etymonline.com/index.php?search=lifestyle>

²⁹ Veblen, T. (1899): *The Theory of the Leisure Class* - er ikke en del af denne afhandlings teoridannelse

³⁰ Weber, M. (1922): *Wirtschaft und Gesellschaft* - er ikke en del af denne afhandlings teoridannelse

³¹ Simmel, G. (1890): *Über sociale Differenzierung* - er ikke en del af denne afhandlings teoridannelse

³² Douglas, M. (1996): *Thought styles: Critical essays on good taste* - er ikke en del af denne afhandlings teoridannelse

³³ Det betyder i praksis, at værker på dansk, svensk, norsk og engelsk vil blive anvendt i forsøget på at redegøre for den del af Bourdieus begrebsapparat, der kan siges at udgøre grundlaget for den moderne livsstilsforskning.

Bourdieu's begrebsapparat. Det sker ved at sammentænke Ottos sundhedsrelaterede idealtyper på den danske sociolog Henrik Dahls livsstilsmodel Minerva, der er en operationalisering af Bourdieus habitus-begreb i relation til sociale positioner og rummet for livsstil. De ved denne operation konstruerede livsstilssegmenter med rod i livsstil og sundhedsopfattelse vil senere i afhandlingen tjene som en del af forklaringsrammen i forbindelse med resultatanalysen.

Bourdieu's sociologiske udgangspunkt har gennem en årrække været en stor inspirationskilde inden for medieforskningen, hvor forskellige aspekter af nøglebegreberne har været operationaliseret i en humanistisk kontekst. Gode eksempler på dette er: Michael Skovmands artikel om *Bourdieu og medie/kulturforskningen* fra 1988, hvor livsstil og smag relativiseres i forhold til en række specifikke medier som radio og tv. På det musikalske område redegøres der for sammenhængen mellem institutionaliseret kulturel kapital, dannelse og musiksmag i Keith Roes artikel om *Academic Capital and Music Taste Among Swedish Adolescents* fra 1993. Dahl forklarer i 1996 sammenhængen mellem livsstil og kulturel, symbolsk og økonomisk kapital med artiklen *Nogle erfaringer med at operationalisere Bourdieu*, der også omfatter en introduktion til den metodiske tilgang. Dahl udfolder tilgangen og tankerne yderligere i bogen *Hvis din nabo var en bil*, hvor livsstil kobles sammen med bl.a. mediebrug, sundhed, kostvaner og måltidets æstetik. Endelig har Gripsrud et al. (2011) samt Hovden og Knapskog (2014) ved flere lejligheder set på sammenhængen mellem institutionaliseret kulturel kapital, dannelse og mediepræferencer inden for bl.a. litteratur, musik, film og tv.

Det kan således synes som et skandinavisk fænomen at anvende Bourdieu som forklaringsramme for forskning, men ifølge Etienne Ollion, post.doc. i politisk sociologi ved Centre de Sociologie des Organisations, er antallet af citater af Bourdieus værker stigende også på verdensplan³⁴. Således er Bourdieu inden for de seneste par år oftere citeret end Jürgen Habermas, Anthony Giddens, og Irving Goffman.

Årsagen til Bourdieus popularitet generelt og i særdeleshed inden for medieforskningen skal søges i hans tilgang til klasse, socialisation og menneskers alsidige valg på bl.a. det mediekulturelle område.

3.4.2 Felt

Der vil som følge af forskellige værdier og synspunkter opstå områder og arenaer i et moderne samfund, hvor aktører og institutioner udveksler meningsforskelle på tværs af holdninger. Disse arenaer, hvor der på denne vis foregår en sådan symbolsk magtkamp, kalder Bourdieu for et *felt*. Bourdieu definerer selv i en samtale med sociologen Loïc Wacquant et felt på følgende vis:

På det analytiske plan kan et felt defineres som et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem forskellige positioner. Positionerne er objektivt defineret i kraft af deres eksistens og de bindinger, de påtvinger de aktører og institutioner, der udfylder positionerne, i kraft af deres øjeblikkelige og potentielle placering i relation til fordelingen af forskellige former for magt (eller kapital) som giver adgang til de specifikke fordele og goder, der står på spil i det enkelte felt, og dermed samtidig i kraft af deres objektive relationer til andre positioner (dominans, underkastelse, homologi etc.).

(Bourdieu og Wacquant 2009: 84-85)

Bourdieu nævner selv i den sammenhæng det kunstneriske, religiøse og økonomiske felt som specifikke felter med hver deres logik og værdier, som påvirker de aktører, der befinder sig i feltet.

³⁴ Kilde: OUPblog: Oxford University Press's Academic Insights for the Thinking World. 31/7-15
<http://blog.oup.com/2015/07/pierre-bourdieu-us-sociology/>

I moderne industrisamfund udgøres det sociale kosmos af en række relativt autonome mikrokosmer eller felter, det vil sige sociale rum med specifikke logikker og krav, der hverken konkret eller abstrakt er sammenlignelige med de forhold og regelsæt, der styrer andre felter.

(Bourdieu og Wacquant 2009: 85)

Pointen er, at felter er unikke systemer, som har deres egne præmisser og regelsæt for, hvordan de enkelte aktører tilgår feltet og dets praksisser. Brody konkretiserer felt på følgende vis:

Ett system av relationer mellan positioner besatta av specialiserade agenter och institutioner som strider om något för dem gemensamt.

(Brody 1991: 266)

Brody mener, at det centrale er, at de forskellige aktører og institutioner ikke er enige om udlægningen af de centrale værdier, der findes på feltet, og at der derved opstår symbolske magtkampe på feltet.

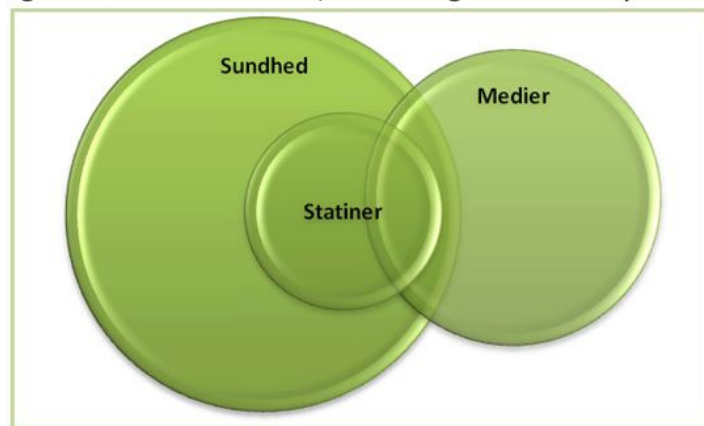
Et felt består af aktive og potentielle kræfter, men samtidig foregår der en kamp inden for rammerne af feltet, der går ud på at fastholde eller ændre styrkeforholdet mellem kræfter.

... Aktørernes strategier afhænger af deres position på feltet ... og dermed deres perspektiv på feltet forstået som en funktion af en bestemt position i feltet.

(Bourdieu og Wacquant 2009: 89)

Der er således ikke konsensus om, hvordan et specifikt felt defineres, og samtidig kan felter overlappe hinanden, og større felter kan som et kinesisk æskesystem indeholde mange underfelter (Brody 1991: 269). I denne afhandling er de centrale felter *medier* og *sundhed* samt underfeltet *statiner*. Det kan illustreres på følgende vis:

Oversigt over felterne: Sundhed, Statiner og Mediers indbyrdes relation



Figur 8A

Figur 8A viser, at medierne i sig selv udgør et felt, hvor der i lighed med felterne for sundhed og statiner kontinuerligt udkæmpes symbolske magtkampe. Sundhedsfelterne overlapper mediefeltet, da der også blandt medieaktører og -institutioner foregår en symbolsk magtkamp om at definere sundhedsfeltet. Det er imidlertid ikke denne afhandlings formål at beskrive magtkampen på mediefeltet. De forskellige mediers positioner på sundheds- og statinområdet vil blive opridset, men mediernes indbyrdes positionering og kampe vil ikke blive uddybet. Derimod vil de forskellige aktører på sundheds- og statinfeltet blive analyseret

med henblik på at redegøre for, hvilken betydning mediernes fremstilling af deres positioner og værdier i relation til medicinske anbefalinger har for statinbrugerne. Figur 8 kan derfor også læses som et udtryk for, at medierne spiller en stor rolle som institution i magtkampen på sundheds- og statinfeltet. Medierne er et vigtigt talerør i forsøget på at komme til orde på begge felter. Således er den ovenfor omtalte symbolske magtkamp mellem Hjerteforeningen og Lægeforeningen et udtryk for kampen om at definere statinfeltet og dermed hvilken behandlingsform, der er den mest optimale. Denne magtkamp er underlagt det medicinske felt og foregår primært i lukkede fora, men kommer også til udtryk i medierne, hvis aktørerne finder det opportunt for deres sag at tilgå feltet i en mere offentlig ramme.

Det centrale i forhold til Bourdieu er, hvorledes forskellige træk og egenskaber giver adgang til et felt. Bourdieu bruger selv formuleringen *kapitalformer*. Arten af *kapital* hos den enkelte aktør er afgørende for, om og hvordan man kommer til orde i magtkampen på et specifikt felt. Det næste afsnit vil redegøre for, hvad disse kapitalformer består af.

3.4.3 Kapital

For at få adgang til et felt skal den enkelte være udstyret med bestemte kvalifikationer og egenskaber. Et af målene med den sociologiske forskning er at finde ud af, hvilke træk og egenskaber der giver adgang og har gennemslagskraft, det vil sige hvilke specifikke kapitalformer der har gyldighed på hvilke områder.

(Bourdieu og Wacquant 2009: 94)

Bourdieu arbejder selv med følgende adgangsgivende kapitalarter (Bourdieu og Wacquant 2009: 104):

- Symbolsk kapital
- Social kapital
- Kulturel kapital
- Økonomisk kapital.

Symbolisk kapital er kendetegnet ved at være noget, der af aktørerne på et felt eller af sociale grupper i samfundet anerkendes som værdifuldt, eller som kan tilskrives værdi. I praksis kan visse mennesker, institutioner, eksaminer, titler, kunstværker eller videnskabeligt arbejde, der nyder anerkendelse, opnår troværdighed eller prestige, og dermed anses for at hævde værdige og troværdige, blive tilskrevet symbolsk kapital (Brody 1991: 169). Den enkelte aktør kan således få tilført symbolsk kapital ved intellektuel anerkendelse.

Social kapital er ikke en afart af symbolsk kapital, men et udtryk for forbindelser. Det kan være familiære bånd eller slægtsrelationer, almindelige venskaber eller en fælles tilknytning til institutioner som f.eks. eliteskoler og militæret (Brody 1991: 176).

Kulturel kapital er formentlig Bourdieus mest kendte kapitalform og rummer en vis grad af tilknytning til det kulturelle. Denne tilknytning dækker både over dannelse og uddannelse (Brody 1991: 174).

Dannelse skal i denne sammenhæng forstås som den del af individets primære socialisering, som sker under opvæksten, og *uddannelse* som den sekundære socialisering, der sker via tilknytning til de institutionaliserede strukturer, som udgøres af skole, gymnasium og videregående uddannelser (Roe 1993: 2). Uddannelse omtales også som *institutionaliseret kulturel kapital*.

Der er altså tale om, at kulturel kapital er et svært definerbart udtryk, der dækker over dannelse, uddannelse og kulturel kunnen, og som står i modsætning til økonomisk kapital, idet den ikke kan erhverves for penge (Brody 1991: 171 og Høiris 1993:46). Bourdieu kalder selv opsummerende kulturel kapital for informationskapital (Bourdieu og Wacquant 2009: 104).

Økonomisk kapital er, som navnet afslører, et udtryk for materiel rigdom (Høiris 1993: 46). Generelt kan man tale om, at det enkelte individs indkomst er et direkte udtryk for niveauet af økonomisk kapital (Dahl 1996: 9), men der skal ofte et meget højt niveau af økonomisk kapital til, før man kan påvirke magten på et felt.

Overordnet besidder alle individer deres egen unikke sammensætning af kapital. Det betyder, at:

Sociale aktører er ikke "partikler", der mekanisk lader sig skubbe og trække omkring af eksterne kræfter. De skal snarere opfattes som bærere af en kapital, der gør, at de afhængigt af deres livsforløb position i feltet – det vil sige afhængigt af sammensætningen af deres kapitalers volumen og struktur – i generelle baner enten vil bevare den eksisterende distribution af kapital eller mod at ændre den.

(Bourdieu og Wacquant 2009: 95)

Kapitalarterne har altså ingen fast værdi og er ligesom felterne udsat for fortløbende stridigheder, hvor forskellige sociale grupperinger konstant forsøger at øge værdien af deres kapitalers sammensætning, mens de forsøger at devaluere andre, i deres optik, udgrænsede grupper ditto. Uden fast værdi kan kapitaler veksles på et felt. Det betyder, at man kan forsøge at øge sin kapitalers sammensætning ved at veksle en form for kapital til en mere legitim form. Det er i denne sammenhæng vigtigt igen at understrege, at økonomisk kapital ikke kan veksles til kulturel kapital. Man kan ikke købe sig til dannelse, en universitetsgrad eller evnen til at spille guitar. Individet er nødt til at yde en personlig indsats for at opnå sådanne evner, og deraf stammer også tanken om, at de nyrige er kulturelt udfordrede. Denne sondring mellem økonomisk og kulturel kapital vil i nedenstående afsnit blive uddybet i forbindelse med en gennemgang af værdikortet.

3.4.4 Habitus

Generelt er sociologien optaget af forholdet mellem aktør og struktur. Bourdieu forsøger at slå bro mellem de objektivistiske og subjektivistiske strømninger i sociologi ved med *habitus*-begrebet at forbinde struktur og aktør:

Når man siger habitus, siger man samtidig, at det individuelle, det personlige og det subjektive er socialt og kollektivt. Habitus er socialiseret subjektivitet.

(Bourdieu og Wacquant 2009: 111)

Denne socialiserede subjektivitet kommer til udtryk i praksis i form af handlinger.

Den praktiske virksomhed er ... menneskets kropslige forhold til og omformning af omgivelserne. Den sker ut fra kroppens habitus, dens tillærte og tilvante handlemåter og tolkningsmønstre, som igjen er dannet gjennom tidligere praktisk virksomhet, særligt under oppveksten. Kroppsspråket læres slik man lærer talespråket. Tenke- og handlemåte er strukturert av handlingsfeltet og er samtidig en virksomhet. Enhver er derfor "aktør" en på samme tid strukturert og strukturerende virksom kropp.

(Bourdieu 1995: 23)

Habitus er, som det understeges, en adfærd – en praksis som sidder i kroppen og i bevidstheden – og som individet tilegner sig igennem hele livet og i særlig grad under opvæksten. Habitus hjælper individet med at navigere i det sociale rum som både defineret og som definerende aktør. Habitus beror på sociale erfaringer og kollektive minder og kommer til udtryk i de dispositioner, det enkelte individ foretager. Individet træffer i dagliglivet en lang række valg, som det er disponeret for i forhold til dets opvækst og

erfaringer. Dermed kommer tankerne om kapital igen i spil, idet individets erfaringer i vidt omfang udgøres af dannelse og uddannelse og dermed af kulturel kapital.

Habitus tilegnes med andre ord via erfaringer, hvilket medfører, at habitus varierer på aktørniveau. Alle individer har en unik habitus, der er individuel og afhængig af tid, sted og social placering (Høiris 1993: 45). Geografi, historik og sociodemografiske karakteristika har altså betydning for aktørens habitus. Da mange af disse karakteristika er sammenfaldende for mange individer, betyder det, at omend unikke, så er mange former for habitus stort set identiske. Det betyder, at hvis man kan identificere én form for gennemgående habitus og praksis, kan man anskuet probabilistisk også forudsige andre habitusser og praksisser inden for samme "habitusgruppe" (Dahl 1996). Det skyldes, at habitus er indlejret i individet, og at dets handlinger ligger på ryggraden. Individet handler ubevidst og forudsigeligt i forhold til bestemte strategier, der giver det mest indflydelse på et givent felt (Høiris 1993: 45).

Individets habitus er altså påvirket af sociodemografiske karakteristika og ikke mindst kulturel, symbolsk og økonomisk kapital. Det er således tydeligt, at der blandt informanterne i denne afhandlings interviewundersøgelse findes en lang række forskellige (hvis ikke forudsigelige, så typiske) strategier, der knytter sig til det enkelte individs samfundsmæssige placering. Der findes en klar sammenhæng mellem informanternes uddannelse, stilling og livsstil i forhold til deres syn på sundhed og brugen af statiner. Således er det typisk en strategi for informanter med en lang uddannelse og dermed et højt niveau af institutionaliseret kulturel kapital, at de først forsøger at omlægge deres kost frem for at tage statiner. Strategien hos informanter med kort eller ingen uddannelse synes derimod ofte at være, at de ved at tage statiner kan opretholde deres vaner og fortsætte med den fedtholdige kost.

Begge strategier er eksempler på, hvordan forskellige former for habitus påvirker de enkelte individers praksis, og at individer med samme former for habitus ofte agerer ens i praksis.

I det følgende afsnit redegøres der for, hvordan habitus og praksis kædes sammen.

3.4.5 Praksis

Bourdieu's store anerkendelse beror i høj grad på, at hans teorier er funderet i empiri. Det klassiske eksempel er hans værdikort fra *La Distinction* (Bourdieu 1979: 140-141), hvor han sammenbinder rummet for sociale positioner med rummet for livsstil. Originalen kan ses i bilag A2. Nedenstående figur 8B er en dansk oversættelse af dette værdikort.

Pointen med værdikortet er, at med forskellige sociale positioner følger forskellige præferencer for kulturelle produkter og madvarer. Altså en sammenhæng mellem habitus og livsstilsvalg, som er blevet reproduceret utallige gange. Habitus i praksis.

Årsagen til værdikortets popularitet skyldes både metoden og ikke mindst dynamikken bag. Bourdieu forklarer det således:

Det sosiale rommet er konstruert på en slik måte at aktørerne eller grupperne fordeler seg ut fra den posisjonen de har i statistiske fordelinger utfra de to differensieringsprinsippene ... : økonomisk kapital og kulturell kapital. Det følger af dette at aktørerne har desto mere felles jo nærmere de står hverandre langs disse to dimensjonene, og desto mindre felles jo fjerne de står fra hverandre. Avstander i rommet på papiret svarer til sosiale avstander. Eller mer presist: Som figur 1 over sosiale rommet viser, fordeler aktørerne seg langs den første dimensjonen etter det totale volumet av kapital de har, uanset hvilken type kapital det er, og langs den andre dimensjonen etter kapitalens struktur, altså etter den relative vikten av henholdsvis økonomisk eller kulturell kapital i den totale kapitalen.

(Bourdieu 1995:34)

SAMLET MÆNGDE AF KAPITAL +

(alle former i forening)

LÆRERE PÅ HØJERE UDDANNELSESINSTITUTIONER

KUNSTNERE

LIBERALE ERHVERV (advokater, læger)

klaver golf bridge

DIREKTØRER (HANDEL) DIREKTØRER (INDUSTRI)

hestesport champagne jagt

ANSATTE PÅ LEDERNIVEAU (privat sektor) INGENIØRER

tennis vandski scrabble sejlsport

LÆRERE PÅ UNGDOMS- UDDANNELSERNE

ANSATTE PÅ LEDERNIVEAU (offentlig sektor)

bjergvandring gåture cykelferie svømning mineralvand

ANSATTE I SUND- HEDSSEKTOREN

guitar gymnastik

KULTURFORMIDLERE

MELLEMLEDERE (handel)

Stemmer til højre for midten

KULTEUREL KAPITAL + ØKONOMISK KAPITAL -

KULTEUREL KAPITAL - ØKONOMISK KAPITAL +

operette TEKNIKERE

FOLKESKOLELÆRERE

MELLEMLEDERE (administration)

FUNKTIONÆRER (kontor)

FUNKTIONÆRER (handel)

øl VÆRKFORERE

FAGLÆRTE belote (folkeligt kortspil)

SPECIALARBEJDERE UFAGLÆRTE ARBEJDSMÆND

lystfiskeri fodbold ikke-årgangsvin

HÅND/ÆRKERE MINDE ERHVERVSDRIVENDE

petanque Pernod mousserende vin harmonika

LANDMÆND

LANDBRUGSMEDHJÆLPERE

Stemmer til venstre for midten

SAMLET MÆNGDE AF KAPITAL -

Figur 8B

80

livsstil og, at der er mange indenfor netop disse to grupper, der har præferencer for fodbold og øl. Modsat finder man i nærheden af direktører indenfor handel og industri livsstilstræk som hestesport og champagne. Bourdieus pointe er, at direktørerne rent probabilistisk vil have en større sandsynlighed for at foretrække hestesport og champagne frem for fodbold og øl. Det gælder i hvert fald 1960'ernes Frankrig, hvorfor det som forklaret nedenfor er optimalt at inddrage Dahl i en mere nutidig dansk kontekst.

Gyldigheden af Bourdieus observationer underbygges af den metodiske tilgang, idet han anvender korrespondanceanalysen som sin foretrukne tilgang:

Korrespondanceanalyse er den metode som synes best egnet å gripe alle de innsamlede observasjonene samtidig, og til å avdekke underliggende strukturerne uten å innføre ulike former for forutinntatthet.

(Bourdieu 1995:68)

De indsamlede observationer stammer fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt 1217 personer (Bourdieu 1995: 56). Analysen baserer sig på forskellen mellem observerede og matematisk forventede observationer. Korrespondanceanalysen viser den absolutte forskel imellem observationen og χ^2 . Men modsat χ^2 i en krydstabel, hvor forholdet mellem to værdier beregnes, benyttes χ^2 her til at beregne forholdet mellem hele kategorier af svar (Bourdieu 1995: 70). Logikken er, at når to eller flere individer afviger fra den tilfældige fordeling, skyldes det, at de har samme kendetegn, og at to eller flere kendetegn er forbundet, hvis de optræder hos mere end et individ. På den måde undgår man, at flere kategorier måler det samme (Bourdieu 1995: 70). Jo længere afstand der er mellem to kategorier/værdier, som der er spurgt ind til i spørgeskemaundersøgelsen, jo mindre er sandsynligheden for, at et individ har præference for begge disse værdier samtidig. Omvendt, jo mindre afstand der er mellem to eller flere værdier, jo større er sandsynligheden for, at et individ vil have præference for disse værdier (Dahl 1996: 8).

Den primære anke mod Bourdieus resultater er, at de underlæggende spørgeskemaundersøgelser, som korrespondanceanalysen er baseret på, er udført i henholdsvis 1963 og 1967-68 (Bourdieu 1995: 70). Kritikken går primært på, at værdierne ikke er statiske, og at Bourdieus "målinger" derfor må anses for at være forældede. Bourdieus pointe er imidlertid, at værdierne på et felt ændres af menneskelige handlinger i historien og i samtiden (Høiris 1993: 44). Bourdieu forklarer det således:

I min teori om praksis som praksis er det aksiomatisk, at analysegenstande og analyseområder ikke bare registreres passivt, men konstrueres aktivt. Til forskel for gængs akademisk idealisme peger den på, at det styrende princip for en sådan konstruktion ikke er afledeligt af et system af former og kategorier, der er universelle og givne a priori, men ligger i habitus forstået som et historisk fænomen, som et socialt konstitueret system af strukturerede og strukturerende holdninger, der er tilegnet i en praksis og konstant er orienteret mod praktiske mål.

(Bourdieu og Wacquant 2009: 106-107)

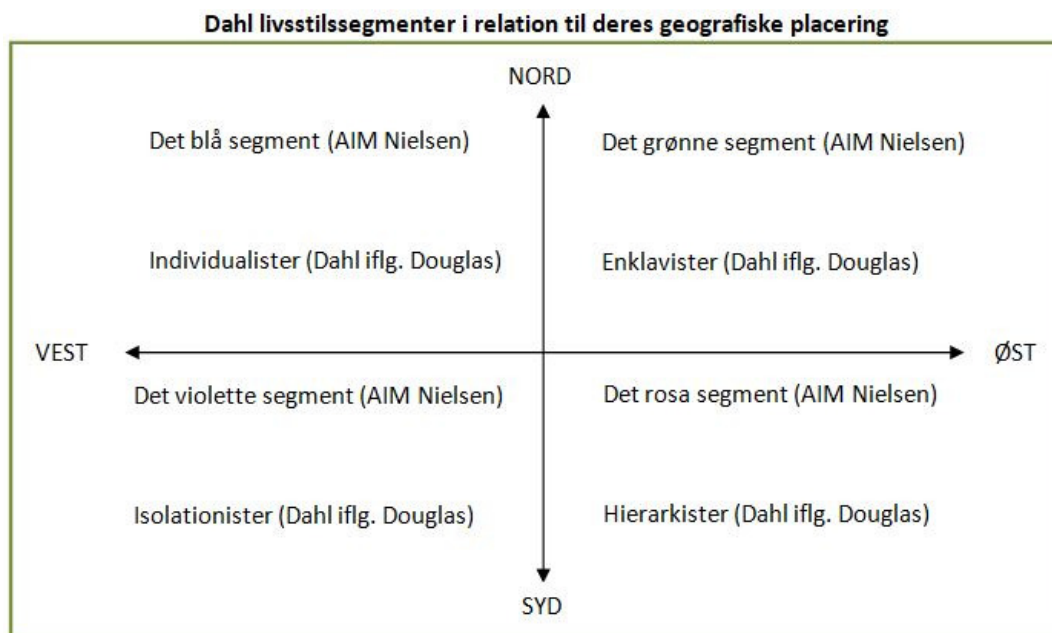
Bourdieu tager således højde for, at værdier over tid ændrer placering eller tilknytning til bestemte sociale grupperinger. For at iagttage disse bevægelser er det imidlertid nødvendigt løbende at foretage opdaterede undersøgelser, noget som Bourdieu efter sin død naturligt er afskåret fra. Gripsrud et al. (2011) foretog i både 1998 og 2008 en sådan undersøgelse af socialklasse og værdier. Værdierne i undersøgelsen bestod af mediekulturelle goder som musik, litteratur, film og tv. Her var en af pointerne, at bestemte medieprodukter blev foretrukket af bestemte socialgrupper, men at nogle af disse medieprodukter skiftede position over tid og blev annekteret af andre socialgrupper. Altså en klar indikation af, at værdier ændrer position over tid.

En anden anke er, at Frankrig på den tid, hvor undersøgelsen blev foretaget, var et stærkt socialt differentieret samfund, der var kraftigt klasseopdelt og derfor ikke kan sammenlignes med den danske nutid. Flere uafhængige undersøgelser har dog siden vist, at denne kritik er uberettiget. Både Roe (1993) og Gripsrud et al. (2011) finder med udgangspunkt i Bourdieu og en medievidenskabelig optik lignende tendenser til en sammenhæng mellem klassesdeling og kulturelle præferencer i en skandinavisk optik, der komplementerer Bourdieus fund. Endelig konstaterer Dahl (1996: 10), at Danmark i lighed med Bourdieus tanker er et stratificeret samfund, som med en ældre betegnelse kunne kaldes et klassesamfund. Uden at have foretaget en korrespondanceanalyse, men med inddragelse af en X^2 -signifikanstest, viser resultaterne af survey-undersøgelsen ligeledes en klar sammenhæng mellem mediepræferencer og institutionaliseret kulturel kapital. Respondenter med kort eller ingen uddannelse foretrækker BT frem for Politiken, og omvendt for respondenter med lang uddannelse, der foretrækker Politiken frem for BT. Samlet set er Bourdieus værdikort metodisk reproducerbart, og de anker, der måtte være i relation til dets gyldighed, synes at være, at værdiernes indbyrdes placering på kortet løbende skal opdateres for at afgøre deres aktuelle placering. I det følgende afsnit vil der blive redegjort for en applicering af værdikortet i en mere nutidig og dansk kontekst i en medie- og sundhedsmæssig optik.

3.5 Bourdieu i en dansk optik

Med en medievidenskabelig tilgang er Henrik Dahl mest anvendelig, når det drejer sig om at applicere Bourdieus begreber på en dansk virkelighed. Det sker i artiklen: *Sociologi og målgrupper: Nogle erfaringer med at operationalisere Bourdieu* bragt i MedieKultur i 1996 samt i bogen *Hvis din nabo var en bil*, senest revideret i 2005. I artiklen beskriver Dahl i sin egenskab af forskningschef hos AIM Nielsen, hvordan Bourdieus begreber kan benyttes til en analyse af livsstilssegmenter i den såkaldte RISC-analysemodel³⁵. RISC-modellen omdøbtes efterfølgende til det mere mundrette Minerva, som Dahl også selv kalder modellen i *Hvis din nabo var en bil*. Modellen vil derfor efterfølgende her blive omtalt som Minerva. I den senere bog er det privatpersonen Dahl, der uddyber Minerva og de fund og iagttagelser omkring livsstil og segmentering, som arbejdet med modellen har genereret. Dahls skiftende position som skribent gør, at han af ophavsrettighedsmæssige årsager benytter forskellige betegnelser for de samme livsstilssegmenter. Minerva arbejder med segmenter, som har fået tildelt farver i stedet for navne. Individene er alt efter livsstil placeret i de *Grønne, Blå, Rosa* og *Violette* segmenter. I *Hvis din nabo var en bil* er Dahl afskåret fra at Benytte AIM Nielsens farvesegmenter og benytter Mary Douglas' (1996) terminologi: *Enklavister, Individualister, Hierarkister* og *Isolationister*.

For at undgå sammenrodning af betegnelserne vil livsstilssegmenterne derfor blive refereret i relation til deres geografiske placering på værdikortet i illustreret på følgende vis:



Figur 9

Det grønne segment, eller Enklavisterne, vil således i de følgende afsnit blive omtalt som det Nordøstlige segment (NØ), mens Det rosa segment, eller Hierarkisterne, bliver omtalt som det Sydøstlige segment (SØ) og så fremdeles. Beskrivelse af tendenser og værdier vil også følge nord-/syd- og øst-/vest-akserne. Når der er tale om en applicering af Bourdieus tanker i en dansk kontekst, betyder det, at Dahl har måttet benytte tilnærmede værdier i et forsøg på at opnå samme dynamik i sit værdikort som det originale fra Bourdieu.

I RISC valgte vi at se på den samfundsmæssige fordeling af højere uddannelse og husstandsindkomst som udtryk for kulturel og økonomisk kapital og har desuden

³⁵ RISC er en forkortelse af Research in Social Change.

medtaget svarpersonens stilling som et (meget) tilnærmet mål for magt eller symbolsk kapital.

(Dahl 1996: 9)

At der er tale om tilnærmede mål synes at være oplagt, men det er modsat uafviseligt, at uddannelse er en del af et individs kulturelle kapital, og at indkomst er en del af den økonomiske ditto.

Er Minerva en tilnærmelse, så er metoden til gengæld identisk. Via en spørgeskemaundersøgelse med typisk 2500 respondenter analyseres svarene via en korrespondanceanalyse, hvorefter de 52 værdier, der er spurgt ind til, placeres i værdikortet (Dahl 1996: 7). Disse værdier og deres placering på kortet fremgår af bilag A3 og omfatter bl.a.: Teknologi, velvære, mental udvikling, uafhængighed, oplysning, udseende og rationalitet. Værdierne udskiftes løbende over tid i forhold til deres aktualitet.

Minerva har indbygget samme dynamik som Bourdieus model, idet den samlede volumen af kapital stiger fra syd mod nord, mens den relative fordeling af kulturel kapital falder fra øst mod vest. Den relative fordeling af økonomisk kapital stiger ved samme bevægelse (Dahl 1996: 10). Modsat Bourdieu har Minerva ikke inkorporeret respondenternes beskæftigelse i selve værdikortet.

Som en sidste bemærkning vil det være på sin plads at nævne, at Dahls model er spejlvendt i forhold til Bourdieus ditto. Det skyldes, at franske statistikere af uransagelige årsager altid ganger deres resultater med -1 (Dahl 1996: 7). Dahls værdikort er i sig selv en smule simpelt, idet mange af de værdier, der er plottet ind på kortet, langt fra er selvforklarende. Det er derfor nødvendigt at benytte de uddybende analyser om segmenternes værdier og livsstil, som både Dahls artikel og bog indeholder i stort omfang.

Dahl bygger disse analyser både på spørgeskemaundersøgelser og en lang række kvalitative forskningsinterviews (Dahl 1996: 19). For at skabe kohærens mellem Dahls resultater og denne afhandlings fokus på sundhed og medier præsenteres et selvudviklet livsstilskort baseret på Dahls analyser. Værdierne er placeret i overensstemmelse med de to tidligere omtalte værker (Dahl 1996 og 2005). På denne baggrund skabes en brugbar oversigt over de forskellige segmenters værdier, samtidig med at overflødige mellemregninger udelades. Det skal bemærkes, at værdiernes placering i det selvudviklede værdikort udelukkende udtrykker værdiernes placering i forhold til segmentet. De er ikke udtryk for værdiernes relative forbindelse til hinanden. Desuden er de i figur 10 anførte parametre kun en brøkdel af forskellige parametre og artikulationsfelter, som Dahl beskriver.

Af hensyn til overblikket er andelen af økonomisk og kulturel kapital anført først for hvert segment og markeret med en fed font. Efterfølgende er generelle karakteristika vedrørende de enkelte segmenter anført med sort, mens holdning og adfærd i relation til det kulinariske og måltidet er anført med blå. Opfattelse af sygdom og sundhed er markeret med grønt, mens mediepræferencer og relaterede holdninger og adfærd er markeret med rødt. Opsummerende gælder følgende for de enkelte livsstilssegmenter:

Livsstils kort baseret på Minerva-segmenternes karakteristika, præferencer, værdier og adfærd



Inspireret af Dahl (1996 og 2005):

Figur 10

I en humanistisk kontekst kan ovenstående beskrivelse i figur 10 af segmenterne synes stærkt reducerende i deres udtryk og langt fra den virkelige verden. Beskrivelsen er imidlertid ikke langt fra Bourdieus tilgang til sine iagttagelser. Et eksempel kunne være beskrivelsen af, hvordan arbejderklassen er underlagt herskende kulturelle normer, værdier og sprog som beskrevet i *La Distinction* (Bourdieu 1995: 214). At segmenterne nødvendigvis er udtryk for en reduktion, ligger naturligt i den operation, der er segmenteringens vilkår, nemlig at reducere de samlede observationer ved at finde sammenhænge og gentagelser for på den måde at kunne kategorisere sine data og dermed gøre dem overskuelige. Derfor understreger Dahl, at forskellige former for livsstile er et udtryk for idealtyper (Dahl 2005: 47-48).

Så til trods for den ofte kritiske og didaktiske tone skal segmenterne ifølge Dahl ses som en nøgtern beskrivelse af nogle karakteristika, der beskriver et sammenfald af holdninger, der kommer til udtryk i form af forudsigelige handlinger. Han bemærker følgende omkring habitus og bestemte livsstile:

En konkret livsstil er udtryk for et møde mellem personens kulturelt betingede, kognitive stil (det systematiske) og artikulationsfeltets historie og vilkår (det kontingente). Man vil med andre ord aldrig få et livsstilsudtryk, der direkte er udtryk for den kognitive stil – det vil altid være under indflydelse af konkrete og historiske faktorer, som modificerer det rene udtryk.

(Dahl 2005: 74)

Livsstil findes med andre ord ikke i en ren udkrystalliseret form hos det enkelte individ, men er en blanding af individets kulturelt betingede tilgang til feltet og feltets strukturbaserede historik og vilkår. På den vis reproducerer Dahl Bourdieus tanker om habitus som værende bindeleddet mellem individ og struktur, idet han sætter livsstil lig med habitus.

Da kombinationen af individer og artikulationsfelter synes uendelige, er det heller ikke muligt at komme med et endeligt bud på, hvor mange livsstile der findes (Dahl 2005: 68). Antallet af livsstile afhænger af, hvad man undersøger, men bunder uanset antallet altid i social differentiering. Med andre ord er livsstilssegmentering en måling af forskellige former for habitus, der udspringer af forskellige sociodemografiske betingelser.

Fordi antallet af livsstile er et kontinuum mellem én og mange, advarer Dahl også mod at stirre sig blind på modellen og blive det, han kalder "firtalsfetichist". Det er umuligt at benytte modellen til at analysere konkrete praksisser (Dahl 2005: 69).

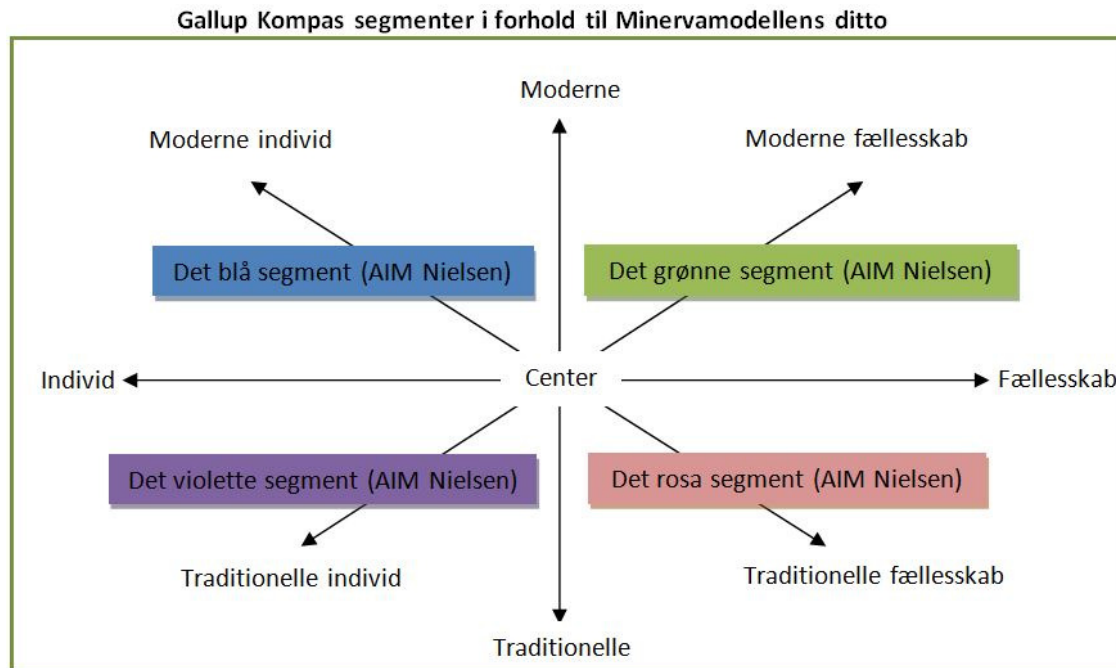
I denne sammenhæng er livsstilsanalyserne derfor heller ikke styrende for analysen men en genvej til at forstå sammenhænge mellem på den ene side praksis og på den anden økonomisk, kulturel og symbolsk kapital i relation til felterne medier, sundhed og statiner. Informanterne i de kvalitative interview blev bedt om at tage en segmenttilhørstest, så deres livsstil på lige fod med de andre uafhængige variable (køn alder og uddannelse) kunne perspektivere deres udtalelser i analysen. På samme vis som for eksempel via en køns- eller aldersspecifik generalisering vil det således være muligt at supplere med en habitusrelateret livsstilsanalyse. Det vil altså i praksis være muligt at begrunde klynger eller sammenfald i svar med yderligere en dimension funderet i ovenstående segmentering og de dertil hørende karakteristika, præferencer, værdier og adfærd.

Udfordringen er imidlertid, at ovenstående beskrivelse gælder RISC- og Minerva-modellen, der ikke længere er tilgængelig for anvendelse i forbindelse med livsstilssegmentering.

Derfor benyttes Gallups Kompas som segmenteringsmodel i denne sammenhæng, blandt andet fordi Gallup stiller modellen frit til rådighed uden betaling, men primært fordi Gallup Kompas arbejder med de samme dimensioner som Minerva. Det følgende afsnit vil derfor være en sammenlignende kvalificering af

Gallup Kompas-modellen i forhold til Minerva for derigennem at forklare de to modellers anvendelighed i en samlet praksis.

Hansen (1998: 183) bemærker, at Kompasmodellen arbejder med fire dimensioner, og at disse stort set er sammenfaldende med dem, der findes i Minerva-modellen.



Frit efter Hansen (1998:183)

Figur 11

Bortset fra dimensionen *Social* i Minerva og *Fællesskabsorienteret* i Kompas er de to modellers akser identiske. Ser man på terminologien *social* versus *fællesskabsorienteret*, er der ikke langt mellem de to ords betydning. Ifølge Nudansk Ordbog er *fælles* og *social* betydningsmæssigt beslægtede ord³⁶, hvilket også kommer til udtryk i beskrivelsen af segmentet *De fællesskabsorienterede*, som stort set er enslydende med beskrivelsen fra Minerva af den nordøstlige livsstil. Her er nøgleordene: Social ansvarlighed, medmenneskelighed, den politiske og grønne forbruger, helse, økologi og ernæring, kunst og kultur³⁷. Som den senere gennemgang vil vise, er de to modeller i relation til samtlige segmenter stort set sammenfaldende.

Det samme gælder den metodiske tilgang. Gallup Kompas benytter statistisk en faktoranalytisk tilgang, der lige som korrespondanceanalysen tilhører den multivariate statistiske metode. Faktoranalysen i Kompas bygger på spørgeskemasvar fra 17.600 danskere, der er blevet stillet spørgsmål om værdier inden for 59 emner (Hansen 1998: 184). Endelig er den absolutte fordeling af kapital stigende fra syd mod nord, mens den relative økonomiske kapital stiger fra vest mod øst, og den relative kulturelle kapital fra øst mod vest. Dermed er Gallup Kompas i praksis spejlvendt i forhold til Minerva – hvilket ikke fremgår af figur 11. Hvor Gallup Kompas afviger fra Minerva, er, at Kompasset består af ni og ikke kun fire livsstilssegmenter. Det sker ved, at man har indført to diagonale vektorer, der skærer igennem origo og som en lagkage deler Minerva-modellen i otte lige store stykker. Stykkernes navne er de fire grundlæggende vektorers navne samt en kombination af de to navne, der grænser op til de respektive diagonale vektorer. Således bliver den diagonale NV-vektor en kombination af de *Moderne* og de *Individorienterede* kaldet de *Moderne-individorienterede*. Samtidig indføres en niende kategori omkring origo. Denne sidste kategori kaldes *Center*

³⁶ <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=social>

³⁷ Kilde: <http://www.gallup.dk/services/gallup-kompas>

og er kendetegnet ved at bestå af individerne, der endnu ikke har etableret en specifik livsstil, noget der ofte ses hos unge mennesker. Gallups fuldstændige beskrivelse af de enkelte segmenter fremgår af bilag A4³⁸.

Gallups kompas opdaterer løbende de værdier, der spørges ind til, hvilket er med til at imødegå den gængse kritik af Bourdieus empiri som værende udateret. Den ovenstående segmentering fremstår således mere opdateret på det digitale felt end Minerva, idet både pc- og internetvaner er medtaget. Ellers er beskrivelserne af segmenterne stort set sammenfaldende. Hansen et al. formulerer det således:

It is remarkable, how similar also these systems look when they are analyzed in their basic two-dimensional form.

(Hansen et al. 2002: 186)

Udover at være kompatibel med Minerva-modellen og opdateret på det digitale felt er Kompas også benyttes i Skandinavien samt bl.a. Polen og Israel (Hansen 1998: 184). Den primære fordel ved Gallup Kompas er dog, at det er bredt anvendt inden for mediebranchen, der hyppigt anvender Index Danmark, TV Meter og Gallup Radio Index³⁹. Både TV2 og DR medieforskning benytter løbende kompasset i deres analyser og i programudviklingen. Ingolf Gabold var i sin tid som program- og dramachef på DR en af de første til at benytte segmenteringsværktøj i forbindelse med programudvikling (Dahl 2005: 200).

Det er altså i forhold til ovenstående beskrevne anvendelsesområder i en medieforskningsmæssig sammenhæng oplagt at anvende Gallup Kompas som målemetode, mens Bourdieus teoridannelse omkring livsstil og felt er mere anvendelig for de videre analyser. Med andre ord vil den specifikke livsstil for informanterne fra interviewundersøgelsen blive målt via Gallup Kompas, mens disse data og informanternes udsagn vil blive analyseret i forhold til den teoretiske viden, der er blevet redegjort for i det samlede sundhedsafsnit, herunder også livsstilsteori.

Livsstilsteoriernes forklaringsramme er imidlertid ikke sufficente i deres beskrivelse af sundhed. Dahl beskriver kun sundhed kortfattet i begge sine værker og uddyber måltidet og idrættens æstetik i *Hvis din nabo var en bil*, mens Bourdieu forholder sig til kroppen og dens betydning i relation til habitus. Det er derfor ønskværdigt at inddrage endnu en teoretiker, der beskæftiger sig med social differentiering, men hvis primære fokus er sundhed. Det følgende afsnit vil derfor være en redegørelse for Lene Ottos tanker om sundhedsdiskurser med det formål at applicere hendes tanker på den netop gennemgåede livsstilsteori.

3.6 Sundhed som mål og middel

Lene Otto er modsat Bourdieu og Dahl ikke interesseret i direkte at sammenkæde socialpositioner med bestemte livsstile, men fokuserer på en diskursanalytisk strukturel tilgang, hvor bestemte diskurser er genstand for en kamp om at beherske det diskursive felt (Otto 2005: 75). På samme måde som Bourdieu beskriver kampen på et artikulationsfelt, beskriver Otto de herskende diskurser inden for sundhedsbegrebet, som hun opdeler i to dominerende paradigmer, som hun efterfølgende kommer med eksempler på i form af en række idealtyper. Selvom Otto selv afstår fra at benytte livsstilsgrupper eller segmentering, benytter hun som Dahl begrebet idealtyper. Ved at granske Ottos idealtyper er det tydeligt, at der er sammenfald mellem værdierne blandt Ottos idealtyper og bestemte grupper af Dahls livsstilssegmenter, og derfor vil en sammenstilling af disse tilgange være det primære fokus i dette afsnit. Otto anerkender, at samfundet generelt er påvirket af en medikalisering og skelner mellem sundhed som et *middel* og sundhed som et *mål*.

³⁸ Kilde: <http://www.gallup.dk/services/gallup-kompas>

³⁹ Kilde: <http://www.gallup.dk/services/gallup-kompas>

Otto bemærker i en historisk gennemgang af sundhed som begreb, at man omkring 1980'erne begyndte, både inden for det offentlige og i det alternative behandlersystem, at tale om livsstil som det afgørende for det enkelte individs sundhedsniveau. Befolkningen er syge eller raske afhængigt af hvilket liv, de fører, og hvilke handlingsmønstre, de gentager (Otto 1998: 88). Præcis som Bourdieu beskriver, er disse handlingsmønstre baseret på individets normer og værdier. Ikke at dyrke motion og at ryge er således en type af handlingsmønstre, som er baseret på individuelle normer og værdier, og som specielt det offentlige behandlersystem i løbet af firserne, inspireret af epidemiologerne, bliver fokuseret på at oplyse om for på den måde at forebygge sygdom.

Overordnet taler Otto om sundhed som enten *middel* eller *mål*. Otto beskriver de to tilgange således:

*I den ene opfattelse er sundhed **et middel** til at forebygge sygdom. Enhver sygdom tænkes at have en årsag. At leve "sundt" er en måde at undgå denne årsag. I takt med den medicinske forskning opdager nye "sygdomme" og nye årsager til disse sygdomme, ændres vor "viden" om, hvad der er sundt, sig tilsvarende. I sin yderste konsekvens er målet overlevelse; på den måde bliver sundhed en overlevelsesstrategi.*

(Otto 1998: 53)

Og:

*I den anden opfattelse af sundheden kan mål og middel ikke adskilles – sundhed er **et mål** i sig selv, og sundhed opfattes som synonymt med det gode liv. At leve sundt er ikke længere et middel til at undgå sygdom, men et mål i sig selv, nemlig det gode liv.*

(Otto 1998: 53)

Otto kalder de to tilgange for henholdsvis "det store forebyggelsesprojekt", når sundhed ansues som et *middel*, og projekt "det gode liv", når sundhed er ansues som et *mål*. For begge tilgange gælder det, at de ikke er absolutte sandheder, men at det er vilkårligt, at de optræder sammen. Begge opfattelser er hver for sig ikke fyldestgørende for en forståelse af sundhedsbegrebet og trives derfor side om side:

De to tankegange afløser hele tiden hinanden, er svar på hinandens utilstrækkelighed. Den ene anklages for at være for mekanisk, og for ikke at have hele mennesket med, den anden for ikke at være handlingsanvisende, fordi forebyggelsestanken kommer i vanskeligheder, når den ender i en livsanalyse, hvor der tilsyneladende ingen grænser er for, hvilke menneskelige forhold der har betydning.

(Otto 2005: 84)

Dette medfører en kontinuerlig køren i ring, hvor de to opfattelser har brug for hinanden og samtidig holder hinanden i ave. Ottos beskrivelse af denne ringslutning kan simplificeret beskrives på følgende vis: "Det store forebyggelsesprojekts" formål er at gøre patienten rask via medicinske indgreb, og derfor udvikles konstant nye midler til at helbrede og forebygge. Dermed afdækkes også konstant nye årsager til sygdomme. Med medikaliseringen in mente bliver flere og flere forhold således sygdomsfremkaldende, alt fra mikroorganismer over fødevarer til adfærd. Ved konstant at udvide paletten for, hvad der er sygdomsfremkaldende og kræver behandling, ender projekt forebyggelse med at omfatte alle aspekter ved livet som årsager til sygdom. At udpege noget som årsag er det samme som at udpege det som et middel til sundhed. Hvis kolesterol er årsag til hjertekarsygdomme, er det også midlet til at forhindre hjertekarsygdomme ved at undgå kolesterol. Når alting kan udpeges som middel, fordi alting er årsagen, giver det ikke mening at tale om sundhed som middel til at undgå sygdom. Hvis alt er middel, bliver selve målet med livet det samlede antal midler, og dermed er et sundt liv "det gode liv", fordi det således holistisk indtænker alle aspekter af livet (Otto 1998: 54). Sundhed er "the meaning of life". Dette "gode liv" er netop et symbiotisk forhold mellem mål og middel, hvor det at leve sundt er målet i sig selv og samtidig et middel til at bevare sundheden. Nøgleordene i "det gode liv" er holisme, livskvalitet,

egenomsorg og selvansvar. Den holistiske tanke fordrer, at alt har indflydelse på livskvaliteten, og at det enkelte individ selv tager ansvaret for denne sundhed. Når alle aspekter af livet har indflydelse på livskvaliteten, er det usikkert, hvilke faktorer der er sunde, og hvilke der er skadelige. Dermed bliver det usikkert, hvad "det gode liv" egentlig består af, og der opstår en naturlig interesse for at finde årsagen til, hvorfor nogle "gode liv" er bedre end andre. Således er ringen sluttet, idet det at finde årsager som beskrevet er ensbetydende med at finde midler til at helbrede og forebygge (Otto 1998: 55). På den vis inkluderer den brede forståelse af sundhedsbegrebet "det gode liv" den medicinske tilgang, da den er en nødvendig del af udviklingen på feltet. Otto beskriver tanken om "projekt forebyggelse" og "det gode liv" som gennemgående diskurser i samfundet, men bevæger sig med yderligere relevans i relation til dette projekt fra makro- til mikroplan, når hun beskriver, hvorledes de to tilgange til sundhed udleveres på individniveau. Selv beskriver Otto fordelene ved dette fokusskift:

Det er min pointe, at det er i samspillet mellem stat og folk, at sundhed bliver konstrueret, både som "det, der forebygger sygdom" og som "det gode liv".
(Otto 1998: 100)

Det er altså ikke bare en legitim bevægelse at gå fra makro- til mikroplan, det er en nødvendighed for at få en samlet forståelse af, hvad sundhed er.

3.6.1 Idealtyper i relation til mål og middel

Otto er ikke tilhænger af livsformsanalyser, som hun ikke anser for teoretisk fyldestgørende, når det kommer til en beskrivelse af forskellige sundhedsopfattelser (Otto 1998: 54). Derimod har hun via en interviewundersøgelse med 10 informanter mellem 30 og 55 år forsøgt at undersøge forskellige sundhedskulturer og via sin empiri udviklet forskellige idealtyper, som er kendetegnet ved enten at være orienteret mod sundhed som *middel* eller sundhed som *mål* (Otto 1998: 109). Bevægelsen fra den samfundsorienterede diskursanalyse til den individbaserede idealtypenanalyse har medført, at sundhed som middel ikke er et forebyggelsesprojekt for samfundet/lægevidenskaben, men et personligt spørgsmål om at opbygge "modstandskraft" over for sygdom. Sundhed som mål er stadig et spørgsmål om "det gode liv" (Otto 1997: 88).

I alt finder Otto tre idealtyper, hvoraf to typer kan opdeles i to undertyper:

Ottos idealtyper i forhold til sundhedsorientering*	
Idealtipe I	Sundhed som middel (<i>modstandskraft</i>)
	-a) Kroppen som middel
	-b) Alt er middel (holisme)
Udtryk:	"Man skal holde sine redskaber i orden"
Idealtipe II	Sundhed som mål (<i>det gode liv</i>)
	-a) Sundhed som manipulerbart mål
	-b) Sundhed som ikke-manipulerbart mål
Udtryk:	"Jeg søgte en måde jeg kunne ændre verden på til det bedre"
Idealtipe III	Sundhed – hverken som mål eller middel (<i>ingen tanker om sundhed</i>)
	- Men som tilfældigt
Udtryk:	"Jeg har ikke gjort mig tanker om det, for jeg har aldrig fejlet noget"

* inspireret af Otto (1997: 89)

Tabel 24

Otto beskriver de tre idealtyper med undertyper på følgende vis:

Idealtype I - Sundhed som middel (*modstandskraft*)

Her har man kun behov for en sundhedspraksis, hvis det er et middel til at opbygge modstandsdygtighed over for sygdomme og dermed forebygge dårligdomme. Der er tale om, at man udøver selvkontrol, men også at man fører et liv med forbrug af bestemte fødevarer, piller, bøger, foredrag, kurophold og wellness. Kroppen er en maskine, der skal passes og være under kontrol. Sundhedsadfærd er en overlevelsesstrategi – et middel til forlængelse af livet.

Idealtype I kan deles efter anskuelse mellem dem, der ser sundhed som et begreb, hvor alene kroppen er midlet, og dem der anser alt som middel – herunder kroppen, men også psykiske og sociale aspekter i en mere holistisk tilgang (Otto 1997: 88-89).

Idealtype II - Sundhed som mål (*det gode liv*)

”Det gode liv” er ensbetydende med, at man altid sikrer sig selv og sin familie, at man er sund, fordi sundhed er målet i sig selv. Man motionerer ikke for at stimulere hjertemusklen, men fordi det får en til at føle sig som et bedre menneske. Sundhed er en selvudfoldelse, der går ud på at få det bedre, ikke som middel til at undgå sygdom, men som livsstil. Den kost, man indtager, skal give oplevelsen af, at man lever et både fysisk og psykisk sundere og bedre liv.

Idealtype II kan opdeles i dem, der mener, at sundhed er manipulerbar eller ikke manipulerbar. Enten er man er ansvarlig for egen sundhed, eller også ligger ansvaret uden for en selv. Den første tilgang mener, at sundhed er manipulerbar, og at ens valg af livsstil er afgørende for, om man er sund, dog under indflydelse af sociale vilkår. Sundhed er det naturlige, og man bærer selv ansvaret for at leve ”det gode liv”. De individer, der ser sundhed som et mål, der ikke er manipulerbart, mener, at ansvaret for at være sund ligger uden for én selv. Den personlige indflydelse på ”det gode liv” er stærkt begrænset. Bliver man syg, har man forbrudt sig mod naturens orden. Det er kun gud, planeterne og skæbnen, der har indflydelse på, om man opnår ”det gode liv” (Otto 1997: 88-89).

Otto beskriver i et senere værk endnu to undertyper af Idealtype II, som af hensyn til omfanget og mulige sammenligninger ikke er medtaget her.

Idealtype III - Sundhed – hverken som mål eller middel (*ingen tanker om sundhed*)

Sundhed er ikke noget, man beskæftiger sig med i praksis, for man har ikke en praksis. Det er en fatalistisk opfattelse, hvor sygdom og sundhed rammer tilfældigt. Denne idealtype er uimodtagelige for sundhedskampagner, fordi de slet ikke tænker medicinsk. Man er ubekymret omkring død og sygdom (Otto 1997: 88-89).

Otto bemærker omkring de tre idealtyper:

I min foreløbige opstilling af kontrasterende typer af sundhedsopfattelser er mål og middel kun rene idealtypiske måder at udfolde en sundhedskultur på. I folks sundhedsopfattelser vil vi højst sandsynligt finde en kombination af træk fra begge idealtyper.

(Otto 1998: 103)

På samme måde som Bourdieu anskuer de sociale positioner, og Dahl beskriver sine idealtyper ved at beskrive fordelingen af værdier inden for hver position eller segment ud fra en probabilistisk tilgang, hvor ikke alle individer passer perfekt ind i bestemte kategorier, anfører Otto, at det i praksis vil være således, at man vil kunne finde spor af begge sundhedsopfattelser hos de fleste individer. Idealtyperne er altså også hos Otto udtryk for nogle typiske tilgange til begrebet sundhed, som er genereret gennem en empirisk tilgang. Idealtyperne er som hos Bourdieu og Dahl blevet konstrueret på baggrund af værdier og normer hos enkelte individer, der følger personlige mål i en niks mellem strukturelle vilkår og individuelle

kompetencer. Det vil derfor være nærliggende at forsøge at se, hvor Dahls tanker om livsstil synes at være sammenfaldende med Ottos beskrivelser af de sundhedsmæssige idealtyper, samt hvor en sammenhæng synes mindre sandsynlig.

3.6.2 Mål, middel og livsstil

Ud fra beskrivelserne af både Dahls livsstilssegmenter og Ottos idealtyper vil det ved en komparativ analyse af de forskellige værdier og præferencer være muligt at finde ligheder og forskelle mellem de to tilgange. Rent praktisk vil det ske med udgangspunkt i Ottos tanker om middel og mål i respektive rækkefølge.

Sundhed som middel – den vestlige vektor

Ser vi på de karakteristika, der er kendetegnende for individer, der foretrækker at anskue sundhed som middel, synes der som udgangspunkt at være sammenfald med den vestlige vektor og de individorienterede segmenter. Ifølge Dahl anser de vestlige segmenter den konventionelle tilgang til medicin som værende et middel til at fjerne dårligheder, gerne med kirurgisk præcision. Kroppen er et instrument, og man er stor udøver af selvkontrol. Man lever det gode liv, og de handlinger, man foretager, skal gavne én selv. Man har et stort forbrug, og nydelse er vigtig. Dette falder fint i tråd med Ottos beskrivelse af individer, der har præferencer for sundhed som *middel*, hvor kroppen er en maskine, der skal passes, gerne via selvkontrol. Man er storforbruger af sundhedsfremmende produkter og plejer sig selv for at have kontrol over egen krop. Sundhed som *middel* udspringer af den medicinske praksis og troen på fremskridtet og udviklingen som noget godt for menneskeheden. Den vestlige vektor er en stærk fortaler for teknologiske fremskridt på alle niveauer, også medicinske.

Det er dog ikke hele den vestlige vektor, der omfatter denne analyse, som det vil fremgå efterfølgende.

Sundhed som mål – den østlige vektor

Kendetegnende for de mennesker, der ser sundhed som mål, er den holistiske tanke, noget der er sammenfaldende med personer fra den østlige vektor og de fællesskabsorienterede segmenter. Ifølge Dahl tænker og lever man sundt i øst. Man spiser sundt, for "det gode liv" er en livsstil. Man er idealister, og hele familien skal leve sundt. Faktisk skal hele mennesket tænkes med, når der tænkes sundt. Otto understreger ligeledes, at hele familien er vigtig, og at man er idealistisk i sin sundhedstilgang. Kosten er sund, og motion er en selvudfoldelse, der gør mennesker til bedre og mere helstøbte personer. En sund livsstil er "a way of life".

Otto skelner imellem, om man anser sundhed for noget manipulerbart eller ikke manipulerbart inden for sundhed som *mål*. Denne skelnen synes at være sammenfaldende med henholdsvis de nordlige og sydlige segmenter inden for den østlige vektor. I nordøst blandt de moderne fællesskabsorienterede er man overbevist om, at sundhed er manipulerbar. Sundhed og sygdom er ens eget ansvar, og bliver man syg, er man selv ansvarlig for at blive rask igen. Det kan man gøre ved proaktivt at omlægge sine vaner og til dels via alternativ behandling eller medicin. Dahls beskrivelse af dette segment er stort set identisk med Ottos beskrivelse af de mennesker, der tænker sundhed som noget manipulerbart. Det samme gælder også Dahls beskrivelse af det sydøstlige og det mere fatalistiske traditionelle fællesskabsorienterede segment, der ikke anser sundhed for at være manipulerbart. Her ønsker man at leve sundt, men det lykkes ikke helt. Og når man bliver syg, skyldes det udefrakommende faktorer. Man tror på det alternative, spirituelle og naturens orden, der skaber balance. På tilsvarende vis beskriver Otto denne tilgang til "det gode liv". Bliver man syg, er det fordi, man har forbrudt sig imod naturens orden. Det er gud, planeterne og skæbnen og altså mere fatalistiske faktorer, der spiller ind i regnskabet omkring sundhed og sygdom. Eller som det kom udtryk blandt nogle af informanterne i interviewundersøgelsen – skyldes det uheldige gener.

Sundhed som hverken mål eller middel – den sydvestlige vektor

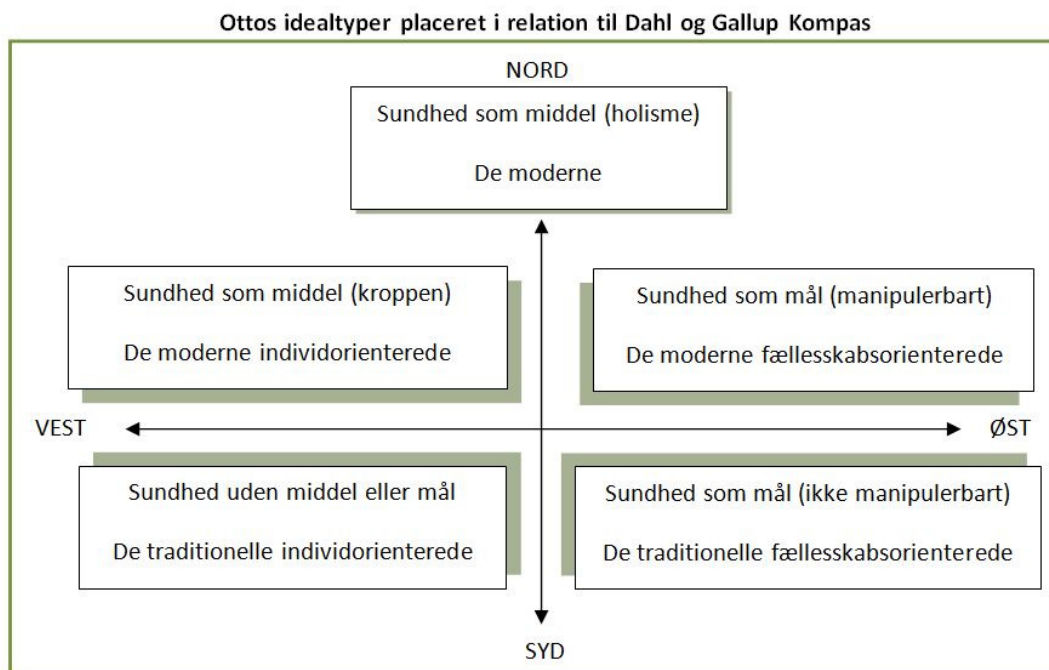
Otto beskriver individer, som ikke bekymrer sig om deres helbred, og som derfor ikke ser sundhed som hverken *middel* eller *mål*. Denne tilgang til sundhed passer overbevisende til Dahls beskrivelse af det

sydvestlige og traditionelt individorienterede segment. Her hverken tænker eller lever man sundt. Man ryger, spiser og drikker uden sundhedsmæssige overvejelser. Man besøger kloge koner, når man bliver syg, og følger ikke rådene i sundhedskampagner. Bliver man syg, er det et uheld. På samme vis beskriver Otto denne tilgang som værende uden praksis på sundhedsfeltet. Sygdom rammer tilfældigt, og derfor er man uimodtagelig for sundhedskampagner, da man slet ikke tænker medicinsk.

Sundhed som holistisk middel – den nordlige vektor

Der er imidlertid et enkelt punkt, hvor syntesen mellem Otto og Dahls tanker synes mere problematisk. Otto beskriver nemlig, hvordan sundhed som middel har en underkategori, hvor ikke kun kroppen, men også psyken og omgivelserne spiller en vigtig rolle for sundheden. Denne kategori er essensen af Ottos tanker, når hun beskriver de to herskende diskursers sammensmeltning, idet den både anser sundhed som modstandskraft/middel og samtidig inddrager det holistiske bud på "det gode liv". Da holisme strider imod den fatalistiske tilgang og samtidig er en mere moderne tilgang end den traditionelle medicinske, vil det være mest nærliggende at bevæge sig op ad den nordlige vektor. Men da idealtypen har reminiscenser af både mål og middel, er det umuligt entydigt at placere den i en vestlig eller østlig vektor. Tanken om sundhed med inddragelse af omgivelserne i form af deltagelse i kollektive bevægelser inden for f.eks. miljø vidner om et østligt mindset, mens sundhed som en forebyggende medicin med et dertil hørende storforbrug af sundhedsprodukter vidner mere om en vestlig forståelse af sundhed. Der synes derfor at være tale om et dualistisk syn på sundhed. Det er derfor en tentativ om end sandsynlig placering, når sundhed som holistisk middel placeres på den moderne nordlige vektor. Det vil kræve en mere grundig empirisk undersøgelse og deraf følgende beskrivelse af idealtypen og dennes værdier at foretage en endelig stedfæstelse.

Samlet set kan man derfor illustrere Ottos og Dahls tanker i relation til Gallup Kompas på følgende vis, hvor det vil fremgå, at øst/vest-aksen er spejlvendt i forhold til Gallup Kompas:



Figur 12

Ideen bag den teoretiske applicering af Ottos tanker på Bourdieus og Dahls ditto er som sagt at anvende ovenstående figur og tankerne bag som et operationaliserbart redskab i analysen af de fokuserede

gruppeinterviews, der er foretaget med fokus på netop sundhed og statiner. Det vil således være muligt empirisk at undersøge, om sammenhængen mellem de tre teoridannelser også i praksis kan gå hånd i hånd. Hvis det er tilfældet, vil det betyde, at Gallup Kompas som redskab kan anvendes til at bestemme udvalgte livsstilssegmenters relation til sundhed og sygdom. Det vil i relation til dette projekt betyde, at de oplysninger om mediepræferencer, som Gallup Kompas er direkte konvertibel med, vil kunne bruges i udviklingen af de sundhedsmæssige idealtyper, som er en del af dette projekts målsætning. På denne måde kan mediepræferencer kobles direkte med sundhedspræferencer og dermed være med til kaste lys over sammenhængen mellem livsstil, sundheds- og mediepræferencer.

På den måde vil Gallup Kompas og livsstilsforskningens metode inden for medievidenskaben mere konkret kunne hjælpe med en korrekt og systematisk adressering af enkelte segmenter inden for sundhedsområdet. Specifikke Kompaskørsler vil kunne identificere de bedste medier til at få bestemte modtagere i tale. Det vil desuden kunne afgøre gyldigheden af Ottos og Dahls tanker om, at visse dele af befolkningen ikke anser sundhed som et aspekt af deres tilværelse, og at alt oplysningsarbejde derfor er spildt på forhånd, når staten adresserer kampagner til denne del af befolkningen.

4. Statiner

Et meget tydeligt eksempel på det, som Otto tidligere beskrevet kalder det store forebyggelsesprojekt, og et resultat af den voksende medikalisering, er den kolesterolsænkende medicin, også kendt som statiner. Da statiner er omdrejningspunktet for denne afhandling, vil det følgende afsnit være en gennemgang af den viden, der løbende er blevet genereret om netop kolesterolsænkende medicin og statiner. Indføringen vil være disponeret på følgende vis:

- **Historik** – en kort gennemgang af den historiske udvikling på feltet.
- **Anbefalinger og statslige risikovurderinger** – hvilke medicinske argumenter er der for og imod behandling? Her med fokus på primær og sekundær behandling set i lyset af eksperternes risikovurderinger for de respektive brugergrupper.
- **Bivirkninger** – hvor mange og hvad er arten af bivirkninger, og hvilken indflydelse har disse på valg om at påbegynde eller fortsætte behandling? Hvilke dilemmaer står man som læge eller patient overfor, hvis behandling med statiner også indbefatter bivirkninger?
- **Adherence** – fokus på sociale og personlige årsager til fortsat eller afbrudt statinbehandling.
- **Personlige risikovurderinger** – Hvilke overvejelser gør lægerne og patienterne sig om risiko? Hvad er afvejningerne af fordele og ulemper i forbindelse med behandlingen med statiner? Står risikoen mål med fortsat behandling eller afbrydelse af samme.
- **Medier** – hvilken påvirkning og effekt har medierne på behandlingen med statiner? Der er klare indikationer på, at medierne påvirker både den enkelte patient og hele samfundsgrupper både positivt og negativt. Hvilken rolle spiller medierne for statinbrugerne i forhold til livsstil, bekymring, usikkerhed, risikovurdering og adherence?

4.1 Historik

For at kunne give et historisk overblik over statiner i forhold til den lægevidenskabelige verden og den politiske sfære på både lokalt og globalt plan opdeler Lau et al. (2017: 1) udviklingen på området i fire perioder:

- Før 1959
- Eksperimentering: 1960 - 1986
- Indsigelse: 1987 – 1997
- Rutinisering: 1998-

Følgende historiske gennemgang er baseret på Lau et al. (2017):

Før 1959

Historisk set blev forhøjet kolesterol anset for at være et uundgåeligt livsvilkår, der hørte med til at blive ældre. Der var ingen forskning på området, og derfor omtales åreforkalkning og hjertesygdomme ikke i medicinske sammenhænge før sent i 1940'erne. Derefter sker en gradvis forskningsmæssig intensivering på området.

Eksperimentering: 1960 – 1986

I 1961 iværksætter American Heart Association deres første kolesterolkampagne, og det bliver startskuddet til en heftig debat om sammenhængen mellem en kolesterolholdig kost og hjertesygdomme. Samtidig

grundlægges Dansk Cardiologisk Selskab og Danmarks Hjerterforening i henholdsvis 1960 og 1961, og der afholdes i 1986 i Danmark en national konsensuskonference, der ender med at blive en løftestang for det store forebyggelsesprojekt og et eksempel på den ekspanderende medikalisering. Vigtigst af alt betød en *manglende* konsensus, at grøfterne blev gravet dybere mellem de forskere og meningsdannere, der troede på en sammenhæng mellem forhøjet kolesterol og hjerteproblemer, og dem der forholdt sig skeptisk over for netop denne sammenhæng.

Indsigelse: 1987 – 1997

Lovastatin bliver i 1987 godkendt som det første kolesterolsænkende lægemiddel. Det sker i kølvandet på en generel konsensus blandt forskere verden over om, at en reduktion af niveauet af kolesterol i blodet har en positiv effekt. De praktiserende læger er dog tilbageholdende med at ordinere statiner, da der synes at være flere alvorlige bivirkninger.

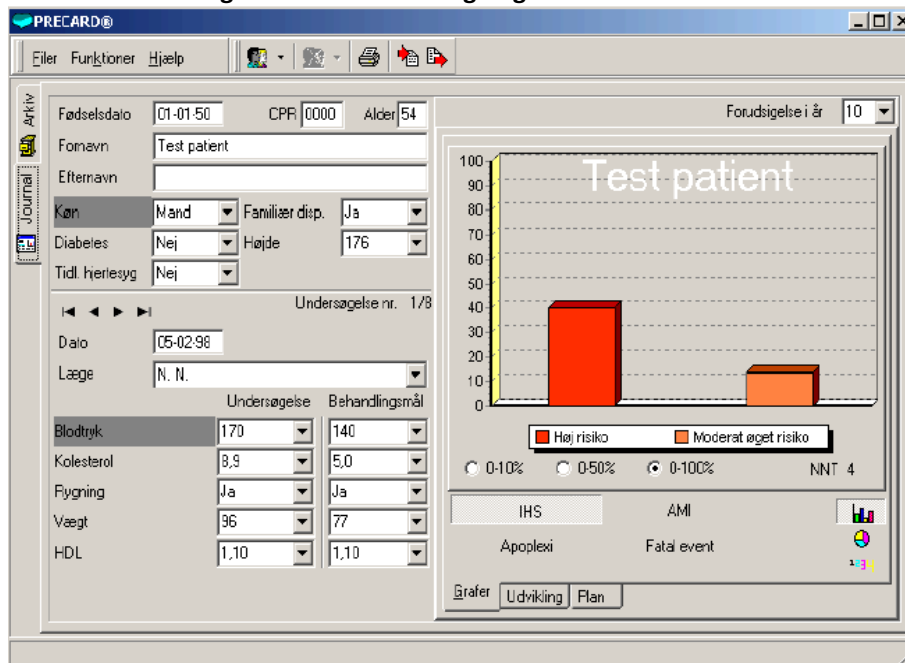
I forbindelse med godkendelsen af Lovastatin udarbejder de amerikanske og engelske sundhedsmyndigheder de første anbefalinger til behandling af forhøjet kolesterol, og op gennem 1990'erne falder antallet af dødsfald relateret til hjerte-kar-sygdomme i mange vestlige lande, blandt andet også i Danmark.

Der er ved udgangen af perioden ikke mange medicinske forskere, der kommer med indsigelser mod behandling af forhøjet kolesterol med statiner blandt patienter i sekundær forebyggelse. Modsat er der blandt behandlerne og praktiserende læger en udbredt skepsis over for anvendeligheden af statiner til netop denne patientgruppe.

Almindeliggørelse: 1998 og frem

I Danmark kommer de første nationale retningslinjer vedrørende behandling af forhøjet kolesterol i 1998, og året efter introduceres PRECARD. PRECARD er en risikoberegningsmodel, der med udgangspunkt i den enkelte patients personlige sundhedskarakteristika beregner risikoen for fremtidige hjerte-kar-sygdomme og dermed behovet for en igangsættelse af en kolesterolbehandling.

Brugerfladen i risikoberegningsmodellen Precard



Figur 13

Siden 1998 er det blevet normen at behandle forhøjet kolesterol blandt patienter i sekundær behandling med statiner, også selvom Cerivastatin i 2001 blev trukket tilbage fra markedet grundet omfangsrige indberetninger om bivirkninger.

Til trods for at antallet af kritiske røster med tiden er reduceret, er debatten dog langt fra forstummet. For mens der stadig arbejdes på nye retningslinjer for behandling af forhøjet kolesterol i Danmark, er der udbrudt en disput mellem de to anerkendte lægevidenskabelige tidsskrifter British Medical Journal og The Lancet. Hvor førstnævnte går ind for en begrænsning af udbredelsen af statiner, hylder de sidstnævnte det modsatte princip (Lau et al. 2017: 29).

Der er endnu ikke fastlagt endelige principper for eller imod statiner som præventivt behandlingsmiddel blandt patienter i primær behandling, men på sigt mener Lau et al. dog at:

...the ideology of prevention, with its promises and reasoning of prolonged healthy living, is difficult to counteract. In sum, cholesterol management and statin use rest on the solid ground of the hegemony of biomedicine with its reference to a so-called evidence-base of knowledge. In combination with a public health discourse focused on prevention and longevity, it continues to make for a very persuasive cocktail served to heart healthy individuals in the consultation rooms of Danish GPs every day.

(Lau et al. 2017: 31)

Ifølge Lau et al. synes det altså næsten uundgåeligt, at statiner på sigt bliver tilbudt til alle.

De kommende afsnit vil derfor give et bud på nogle af de anbefalinger, der til trods for faglig uenighed findes på statinområdet, og desuden fokusere på risikoberegninger og bivirkninger.

4.2 Anbefalinger og statslige risikovurderinger

Når talen falder på behandling af forhøjet kolesterol med statiner, vil den første skelnen være, om statinbrugeren tager statiner i forbindelse med primær eller sekundær forebyggelse (Sundhedsstyrelsen 2005: 15). Det betyder i praksis, at statiner, der ordineres som primær forebyggelse, ordineres for at hindre hjerte-kar-sygdomme i at opstå, mens statiner, der er ordineret i sekundær forebyggelse, ordineres efter de første symptomer på hjerte-kar-sygdomme er påvist.

På internationalt plan findes der ingen overordnede standarder for ordination af statiner i primær eller sekundær forebyggelse. Denne tværnationale behandlingsdiskrepans er også et gennemgående tema i statinlitteraturen, når de to stadier af forebyggelse diskuteres. Niederdeppe et al. beskriver det således:

While statin drugs are recommended for secondary prevention of coronary heart disease (CHD), there is no medical consensus on whether or not a statin should be added to lifestyle change efforts for primary prevention of CHD.

(Niederdeppe et al. 2013: 886)

Mens Schaffer et al. påpeger:

Statins are recommended nationally and internationally both for primary prevention of cardiovascular events in people at increased risk of cardiovascular disease, and for secondary prevention in those with established cardiovascular disease.

(Schaffer et al. 2015: 591)

Der tegner sig igen et mønster af inkonsistens, hvor uenighed i forskningsmiljøet reflekteres i lægelig praksis. Denne uenighed er delvist historisk betinget, idet statiner umiddelbart efter deres introduktion på det medicinske marked blev anvendt i sekundær behandling af midaldrende mænd med påviste hjerte-kar-sygdomme. Over tid og i takt med en øget forebyggelsestendens og medikalisering samt et generelt fald i

prisen blev statiner udbredt til også at indgå i primær behandling på en lang række områder. Det skal senere i afhandlingen påvises, at store dele af uenigheden på statinfeltet bliver videregivet af medierne, og at disse udgør en vigtig platform i forhold til en opridsning af de forskellige standpunkter. Kriegbaum, Liisberg og Wallach-Kildemoes beskriver den historiske tendens til et stadig større anvendelsesområde således:

Since then, recommendations for statin prescribing have gradually expanded, first to include patients (independently of gender and age) with different categories of atherosclerotic cardiovascular diseases (CVD), diabetes and, and lastly to, individuals assessed as being at high risk of developing CVD. The widening of prescription criteria together with a decline in prices have led to large increases in the use of statins.

(Kriegbaum et al. 2017: 2)

Den gradvise udvidelse af ordinationsområdet har medført, at statiner er et af de mest ordinerede lægemidler i verden, både til primær og sekundær forebyggelse (Kriegbaum et al. 2017: 2). Samlet set var fordelingen i primær og sekundær forebyggelse af statinbrugere, der har indløst mindst én recept i 2014 følgende:

Oversigt over antal personer i sekundær og primær forebyggelse i 2014¹

Alle i kolesterolsænkende lægemiddelbehandling	623.051	100 %
Primær profylakse/rest gruppe*	346.990	55,7%
Sekundær profylakse	276.061	44,3%

* I denne gruppe var der 67.960, som havde købt kolesterolsænkende lægemidler uden kendt diagnose

Tabel 25

Fordelingen mellem primær og sekundær forebyggelse er således i dag, at der er en lille overvægt blandt personer i primær forebyggelse. Altså en udvikling der er med til at understrege den voksende forebyggelsestendens.

Ordinering af statiner kan nemlig ske uden foregående diagnosticering af en egentlig sygdom. Det sker, når lægen via en blodprøve får værdierne for patientens kolesteroltal. Kolesteroltallet opgøres i millimol per liter (mmol/l) og er således et volumenmål, der viser den specifikke andel af kolesterol i blodet. Normalt angives to tal i forbindelse med kolesteroltallet. Det samlede kolesteroltal og tallet alene for LDL-kolesterol, også kaldet det "lede" eller farlige kolesterol.

Dansk Selskab for Almen Medicins retningslinjer for kolesteroltallene er udarbejdet tilbage i 2007 og formuleret på følgende vis:

*Hvis man vælger at iværksætte lipidsænkende behandling, er målene for behandlingen:
 Totalkolesterol < 5,0 mmol/l og LDL-kolesterol < 3,0 mmol/l.
 Jf. de nye retningslinjer bør behandlingsmålene for patienter med manifest CVD og patienter med diabetes ideelt være lavere: Totalkolesterol < 4,5 mmol/l og LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l. ...
 Disse ændringer skal opnås gennem kostomlægning og, om nødvendigt, suppleret med lipidsænkende medicin.*

(Christensen 2007: 7)

Det betyder i praksis, at patienter i primær forebyggelse, hvis totalmængde af kolesterol udgør over 5 millimol per liter blod, eller hvis niveau af LDL ligger på over 3 millimol per liter blod, bør anbefales livsstilsændringer af lægen i form af kostomlægning med mere motion, fedtfattig kost og rygestop. Hvis det ikke er muligt, eller nedbringes kolesteroltallet ikke ved livsstilsændringer, skal lægen anbefale brugen af

statiner. For patienter i sekundær behandling er tallene 4,5 mmol/l for totalmængden og 2,5 mmol/l for LDL-kolesterol.

Set i lyset af de generelle tal for befolkningen i Danmark som helhed tegner sig et billede af, at majoriteten af danskerne ligger over det anbefalede kolesterolniveau.

Andel af befolkningen der lå over det anbefalede kolesterolniveau

	Mænd	Kvinder
Andel borgere med et kolesteroltal på 5 over mmol/l	78%	82%
Andel borgere med et LDL-kolesteroltal på 3,5 over mmol/l	73%	74%

Kilde: Institut for Rationel Farmakologi: 2011

Tabel 26

Tabel 26 viser, at næsten 80% af alle borgere har forhøjet kolesterol på over 5 mmol/l. Hvis alle borgere skulle behandles i henhold til retningslinjerne fra Dansk Selskab for Almen Medicin, ville der være en overhængende risiko for en generel overmedicinering, da det må antages, at ikke alle borgere ville kunne nedbringe deres kolesteroltal alene ved en livsstilsomlægning. Derfor kan anbefalingerne igen synes som et godt eksempel på den øgede forebyggelsestanke.

Den primære tilgang til et lavere kolesteroltal er altså en livsstilsændring, og først derefter skal man forsøge med medicinering. Denne rækkefølge af interventionstyperne sikrer således, at ikke alle automatisk medicineres. Det er imidlertid sjældent alene kolesteroltallet, der er afgørende for, om den praktiserende læge vil anbefale en omlægning af vaner eller en eventuel medicinering. Overordnet er der oftest tale om en generel risikovurdering af patientens tilstand.

Dansk Selskab for Almen Medicins retningslinjer for, hvornår det er nødvendigt at behandle forhøjet kolesterol, sker oftest på baggrund af en generel risikovurdering. En risikovurdering baseret på en række forskellige parametre, som er afhængig af, om patienten er i primær eller sekundær behandling. For patienter i primær behandling foretages risikoberegningen ud fra: Køn, alder, det samlede kolesteroltal, blodtryk, og om patienten ryger eller ikke ryger. Da der er tale om flere afhængige og uafhængige parametre, vurderes risikoen for at få en fatal kardiovaskulær hændelse i procent.

10-års-risiko for fatal CVD i Danmark efter køn, alder, systolisk blodtryk, totalcholesterol og rygning

Risiko	Procent
Lav risiko	Under 2 %
Moderat øget risiko	3-4 %
Høj risiko	5-9 %
Meget høj risiko	Over 10 %

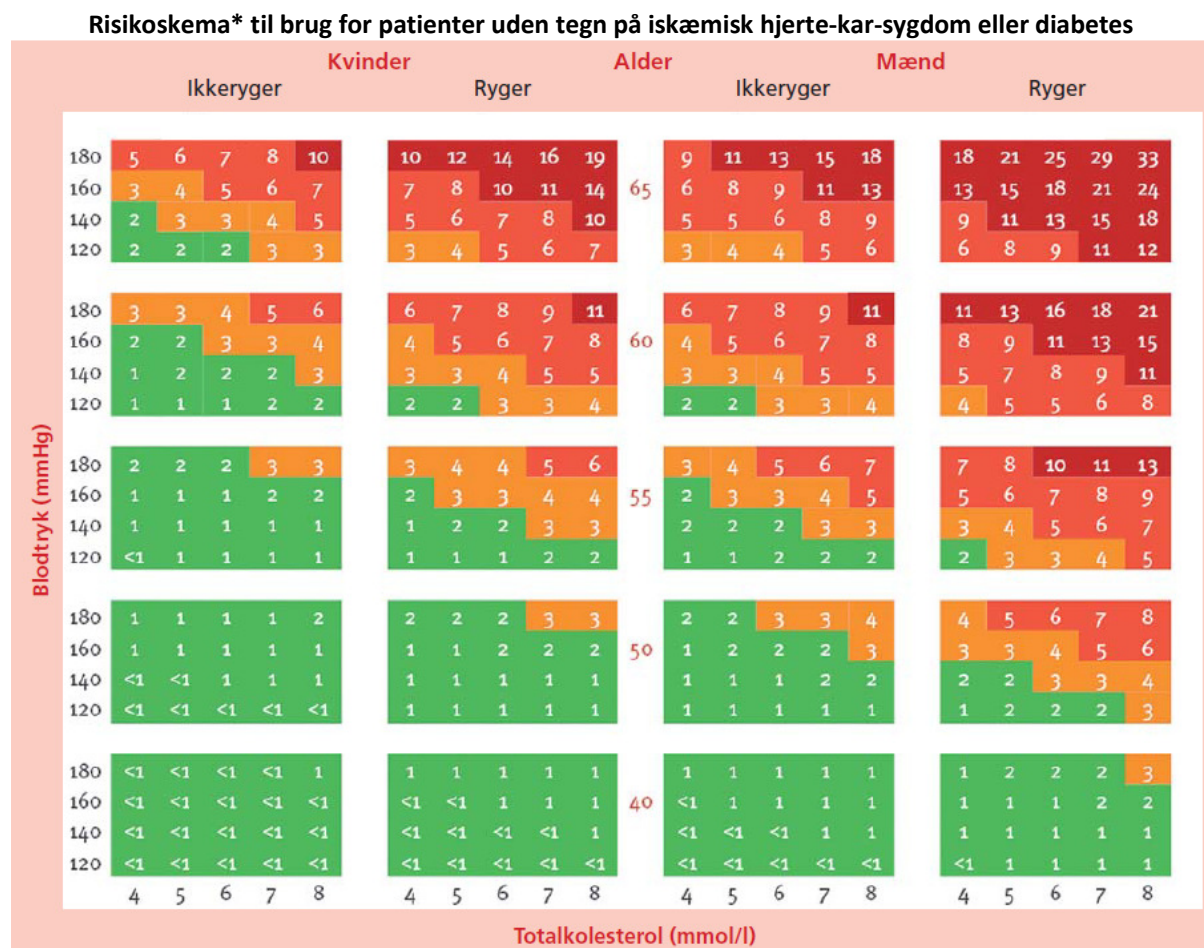
Kilde: Christensen 2007: 18

Tabel 27

Patienter i sekundær behandling anses automatisk for at tilhøre højrisikogruppen. Med udgangspunkt i 5%-tallet er Dansk Selskab for Almen Medicins anbefalinger, at individer med en forøget risiko for at dø af hjerte-kar-sygdomme på under 5% ikke behandles med statiner, mens individer på 5 - 10% anbefales en livsstilsændring og eventuelt efterfølgende medicinering med statiner. For individer med en risiko på over 10% anbefales oftest medicinering sammen med livsstilsændrende tiltag (Christensen 2007: 6-7).

Risikovurderingerne sker, som nævnt ovenfor, på baggrund af en række parametre, der via forskellige logaritmiske beregninger giver et endeligt procenttal. Der kan benyttes en række forskellige beregningsmodeller til at bestemme risikoværdierne. En af dem er den tidligere nævnte PRECARD-model,

der med tiden er blevet erstattet af det europæiske system SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)⁴⁰, som er mere udbredt på tværs af grænserne i Europa. SCOREs risikoskema anbefales af Dansk Selskab for Almen Medicin og ser ud som følger:



Kilde: Christensen 2007: 18

Figur 14

*Lav risiko = grøn, Moderat øget risiko = orange, Høj risiko = rød, Meget høj risiko = Mørkerød

Som figur 14 viser, er risikoen for død af en hjertekarsygdom større blandt mænd end blandt kvinder og stiger generelt for rygere og individer med højt blodtryk og kolesteroltal. Lignende modeller bliver brugt verden over⁴¹.

Fordelen ved den europæiske SCORE-test er, at lægen med skemaet ved hånden meget illustrativt kan vise patienten i hvilket område, denne befinder sig, uden foregående indtastning.

Formålet med inddelingen af individer i forskellige risikogrupper for derigennem at motivere til livsstilsændringer og eventuelt medicinere er naturligvis at nedsætte antallet af hjertetilfælde og derved også antallet af dødsfald. I lighed med tidligere beskrevne problemstillinger på statinområdet er der heller ikke enighed om, hvor stor en betydning brugen af statiner har for det enkelte individ og sandsynligheden for at undgå hjerte-kar-sygdomme og et eventuelt dødsfald. Christensen et al. nævner følgende for patienter i primær forebyggelse:

⁴⁰ Kilde: <http://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>

⁴¹ Kilde: <http://tools.acc.org/ASCVD-Risk-estimator/>

In primary prevention, the absolute risk reduction per year for one major vascular event (not necessarily death) ranges from 0.2% to 2.4% in people with a low (<5%) and a high (>30%) 5-year risk, respectively, for a major vascular event.

(Christensen et al. 2016: 536)

Mens Dansk Selskab for Almen Medicin omtaler den *relative* fordel ved brug af statiner hos alle individer på følgende vis:

Risikoen for at få et myokardieinfarkt nedsættes med 33% ved at tage statin i 5 år, og risikoen for at dø nedsættes med 30%.

(Christensen 2007: 25)

Den absolutte fordel ved statinbrug omtales på følgende vis.

Risikoen for at få et myokardieinfarkt i løbet af godt 5 år nedsættes fra 28% til 19%, og risikoen for at dø i løbet af godt 5 år fra 11,5% til 8,2% ved at få statiner.

(Christensen 2007: 25)

Den absolutte risikoreduktion i hele antal individer kan derefter beregnes ved trække antallet af dødsfald blandt statinbrugere på 8,2% fra antallet af dødsfald blandt ikke statinbrugere på 11,5%. Hvilket svarer til, at 30 personer skal behandles i 5,4 år for at udsætte ét dødsfald, eller at 162 patienter skal behandles i ét år for at udskyde ét dødsfald (Christensen 2007: 13). Det er en politisk vurdering, om denne gennemsnitlige behandling af 162 patienter i ét år for at redde et menneskeliv er forsvarlig i forhold til eventuelle økonomiske og menneskelige omkostninger i form af bl.a. bivirkninger, bekymringer og patientgørelse. Risikovurderingerne er løbende blevet justeret til fordel for behandling med statiner i håbet om at kunne redde flere menneskeliv. Resultatet er, at vi i dag benytter en høj-risiko-strategi. De betænkelige ved denne strategi er blandt andet Institut for Rationel Farmakoterapi og ikke minst Wallach-Kildemoes et al. der bemærker:

Constantly lowering the CVD risk thresholds for initiating statin therapy in the high-risk strategy to prevent CVD implies an ever decreasing clinical benefit and ever less favourable benefit–risk balance in otherwise healthy people. Adding to this, the high-risk strategy to prevent CVD gradually becomes very resource demanding as it captures increasingly larger proportions of the population among whom the benefit–risk balance may be unfavourable for many and even harmful for some individuals.

(Wallach-Kildemoes et al. 2015: 9)

Argumentet imod en stadig sænkning af risikoværdderne er, at den relative fordel ved yderligere behandling udvandes af omkostningerne. Omkostninger af økonomisk men også menneskelig karakter, når bivirkningerne kommer til at overstige fordelene ved en yderligere medicinering.

Sociologen Ulrich Beck beskæftiger sig med bagsiden af den moderne industrielle udvikling. Han beskriver i værket *Risikosamfundet*, hvordan den stadigt stigende produktion og menneskehedens evige fremskridt medfører, at borgerne oplever, at der er en række uidentificerbare risici, som påvirker deres livsførelse. Beck fokuserer primært på forureningen af miljøet som kilden til disse uidentificerbare risici. Samlet set mener Beck, at det relativt store omfang af "usynlige" risici i vores omgivelser fremkalder utryghed hos individet ved netop at være usynlige og dermed kun identificerbare af eksperterne. Ser man kolesteroldebatten og fastsættelsen af grænseværdierne i et Becks objekt, er kolesterol netop en usynlig forurening af blodet, hvis risiko individet ikke selv kan identificere, og som derfor bestemmes ud fra normer

vedtaget af eksperterne. Ved ikke selv at kunne bedømme relevansen og betydningen af grænseværdierne, bliver individet utrygt, da det ikke har fuld indsigt i egen situation og omfanget af personlig risiko. Beck modsiger rationalet i overhovedet at fastlægge grænseværdier, idet det beror på at kunne fastlægge risici objektivt, hvilket Beck ikke mener, er muligt (Beck 2002: 77). Han ser en rekonstruktion af risikobegrebet som en oplagt mulighed.

Den stigende bevidsthed om risici må rekonstrueres som en kamp mellem konkurrerende, delvis modsætningsfyldte, delvis komplementerende rationalitetsfordringer.

(Beck 2002: 79)

Denne rekonstruktion af risici, hvor komplementerende rationalitetsfordringer kæmper, synes i høj grad at være kendetegnende for statinområdet. Hvor kampen i Becks øjne er ønsketænkning inden for videnskab og risikoforskning generelt, gælder det specifikt for statiner, at kampen ikke er overordnet principiel, men udelukkende skyldes videnskabelig uenighed på feltet. Kampen om hvem, der skal behandles, og hvor grænseværdierne skal ligge, er på statinområdet ikke en stedfortræderkrig for forskningsverdenen, men en reel kamp om, hvordan man opnår det gode liv. Ved at indføre grænseværdier sætter man et mål for, hvornår risiko er acceptabel, og hvornår den ikke er det.

Grænseværdier fungerer som symbolsk modgift. De er så at sige en symbolsk nervemedicin i forhold til den stadige nyhedsstrøm om giftstoffer. De signalerer at nogen gør sig umage og passer på.

(Beck 2002: 79)

Dem der "passer på" og "gør sig umage" er både politikerne, forskerne, lægerne og de borgere, til hvem grænseværdierne for forhøjet kolesterol i blodet primært er adresseret. Politikerne og forskerne signalerer handlekraft og dermed umage ved at fastlægge grænseværdierne, mens lægerne gør noget, når de forholder sig aktivt til grænseværdierne ved at ordinere medicin. Udfordringen med i praksis at overholde grænseværdierne overlades derefter til patienten selv. I de følgende afsnit uddybes det, hvorfor og hvordan kampen for at overholde grænseværdierne og forblive sund og rask er en vanskelig opgave for det enkelte individ.

Omkring grænseværdier skal det afslutningsvis nævnes, at ved indførelse af grænseværdier, sættes der netop en værdi for normalområdet uden hensyntagen til personlig diversitet. Alle værdier over grænseværdien er potentielt sygdomsfremkaldende og farlige. Det betyder, at selv den raske med værdier under det risikable niveau bliver gjort opmærksom på en fare eller risiko, som ikke er aktuel, men som (potentielt) kan give anledning til unødigt bekymring og spekulation (Beck 2002: 97). Det er ikke inden for denne afhandlings faglige rammer at afgøre, hvilke medicinske resultater og retningslinjer, der er korrekte, men det skal her konstateres, at der igen manifesterer sig et billede af faglig uenighed om fordelene ved at tage statiner. Det til trods for, at statiner i langt overvejende grad er en livslang behandling, når en sådan først er initieret (Christensen et al. 2016; Christensen 2007).

4.3 Bivirkninger

Med tanke på, at statinbehandlingen i de fleste tilfælde er livslang, er omfanget og antallet af eventuelle bivirkninger formentlig et af de kardinalpunkter, der skaber størst uenighed i både forsker- og lægekredse. Som udgangspunkt er der ikke uenighed om, at bivirkninger kan være en af de negative effekter af statinbehandling, men omfanget og arterne af bivirkninger er der langt fra enighed om. Fra indlægssedlen til Simvastatin, der er det mest ordinerede statinpræparat i Danmark (Sundhedsdatastyrelsen 2015: 1), står bl.a. følgende bivirkninger opremset:

Muskelsmerter, ømhed, svækkelse eller kramper.

Muskelskader og nyreskader og i meget sjældne tilfælde er dødsfald indtruffet

Overfølsomhed (allergiske reaktioner), herunder:

- *Hævelse af ansigt*
- *Udslæt*
- *Betændelse i led og blodkar*
- *Usædvanlige blå mærker*
- *Åndenød*
- *Lupus-lignende sygdomsbillede*
- *Betændelse i leveren*
- *Betændelse i bugspytkirtlen*
- *Kvalme og opkastning*

(Uddrag af Indlægsseddel til Simvastatiner filmovertrukne tabletter 10 mg, 20 mg og 40 mg)⁴²

Der er samlet set tale om ret alvorlige bivirkninger, omend de mest livstruende er yderst sjældne. De nævnte letale muskelskader skyldes risikoen for rhabdomyolyse, en tilstand der altid vil kunne opstå ved indtagelse af statiner (Law et al 2006: 53; Armitage 2006: 1783). Der var i 2006 kun ét dokumenteret tilfælde af dødsfald grundet rhabdomyolyse som følge af indtagelse af statiner (Law et al 2006: 53). Anbefalingen er, at man skal ophøre med at tage statiner, hvis blot én af ovennævnte bivirkninger skulle indfinde sig. Langt de fleste af bivirkningerne er desuden forbigående og optræder kun i den indledende fase af behandlingen.

Overordnet beskæftiger statinlitteraturen sig indgående med bivirkninger. Det er dog generelt de muskulære problemstillinger, der fokuseres på, da de andre bivirkninger er så sjældent forekommende, at resultaterne ikke peger i nogen endegyldig retning. Denne enighed om, at statiner kan forårsage muskelømhed, understreges i en artikel af Jane Armitage bragt i The Lancet, hvor hun skriver:

... consistent adverse effects associated with statins are muscle toxicity, including myopathy and rhabdomyolysis ...

(Armitage 2006: 1783)

Hvor udbredt muskelsmerter, også omtalt som myalgi, er i forbindelse med statiner, hersker der dog ikke enighed om. Kashani et al. er meget konservative i deres skøn:

... the incidence of myalgia with currently prescribed statins ranges from 1.1% to 5,0%.

(Kashani et al. 2006: 2794)

Wei et al. (2013) finder, at tallet ligger oppe på 12% blandt tidligere statinbrugere. I forbindelse med LIFESTAT-projektet findes følgende antagelser:

... myalgia (muscle pain or aching, stiffness, tenderness or cramps) occurs in 7–29% of statin users and more frequently (> 60%) in physically active athletes.

(Christensen et al. 2016: 535)

Årsagen til den faglige uenighed på myalgiområdet kan igen forklares med forskelle i den metodiske tilgang, om end de nævnte tal er meget langt fra at være sammenfaldende. Det ændrer ikke ved det faktum, at

⁴² Kilde: pro.medicin.dk - en hjemmeside og database, der indeholder information om lægemidler og behandlingsvejledninger til læger, farmaceuter og andre sundhedsprofessionelle. Godkendt af Sundhedsstyrelsen.

myalgi udgør et voldsomt dilemma for statinbrugerne. En af de bedste måder naturligt at nedbringe sit kolesteroltal på er, som tidligere omtalt, ved at motionere, noget der vanskeliggøres ved konstante muskelsmerter. Der er så at sige tale om en ond cirkel. Problemet er, at det er svært at motionere, når det er forbundet med muskelsmerter, og paradokset bliver fuldkomment, når den eneste måde at undgå myalgien på er ved at stoppe behandlingen med statiner. Et paradoks, der ikke sjældent falder ud til fordel for et stop i behandlingen med statiner – et begreb som i lægeverden omtales som non-adherence. Det skal senere i medieafsnittet i dette kapitel påvises, at medierne også spiller en vigtig rolle i forhold til, om statinbrugerne afbryder eller igangsætter en medicinsk kolesterolbehandling.

4.4 Adherence

Der findes ikke nogen dansk pendant til ordet *adherence*, som af Berglund et al. defineres som:

Adherence is defined as the extent to which a person's behavior, such as taking medication, following a diet or executing lifestyle changes, corresponds with the recommendations from a health care provider.

(Berglund et al. 2013: 105)

Adherence dækker således over, hvor vidt en patient evner at følge de behandlingsmål, som er opsat fra lægelig side. Berglund et al. nævner ikke, at der med til definitionen også hører, hvorvidt man indløser eller fornyer sin recept, da dette ofte er en forudsætning for at følge de lægelige råd. I relation til forskningen i statiner dækker begrebet adherence oftest over, om man genindløser eller fornyer sin recept. Berglund et al. nævner fem determinerede parametre, der påvirker adherence (Berglund et al. 2013: 105).

- Diagnostiske faktorer
- Socioøkonomiske faktorer
- Patientrelaterede faktorer
- Behandlingsorienterede faktorer
- Sundhedsteam eller systemafhængige faktorer.

Ifølge Berglund et al. er adherence altså et multifaktorielt betinget begreb, som kan variere afhængig af patientens demografi, socioøkonomiske status, det enkelte lægehus, det overordnede sundhedssystem, diagnosen og behandlingen. Wallach-Kildemoes et al. (2013) har beskæftiget sig med nogle af de årsager, der påvirker den diagnosespecifikke statin-adherence.

Socioøkonomisk stiger adherence generelt med højere indkomst og længere uddannelse. Patientrelaterede faktorer som køn og alder viser, at kvinder har en højere adherence end mænd, og at denne er faldende med alderen. I relation til behandlingsaspektet har patienter i sekundær behandling en højere adherence end patienter i primær behandling. Endelig er der en sammenhæng mellem nationale sundhedssystemer og statin-adherence. I lande, hvor man får tilskud til medicinen, er adherence højere end i lande, hvor patienten selv skal have alle pengene op af lommen (Wallach-Kildemoes et al. 2013: 1557-60).

Alle disse variable gør, at en sammenligning af adherenceniveauer er vanskelig, men det betyder ikke, at der ikke er forsket i problemstillingen. Wallach-Kildemoes et al. finder selv et tal på 67%, mens Tolmie et al. finder et adherenceniveau på 50% efter det første år på statiner (Tolmie et al. 2003: 141). Wei et al. (2013: 473-79) estimerer, at niveauet ligger på 50% efter bare et halvt år. Det synes dog mest sandsynligt, at tallet på 67% fra Wallach-Kildemoes formentlig kommer tættest på en dansk virkelighed, da det er baseret på danske registerdata.

Spørgsmålet er, hvorfor en tredjedel af statinbrugerne afbryder deres behandling? Berglund et al. (2013) og Wei et al. (2013) nævner, at opfattelsen af vigtighed hos patienten, bivirkninger samt manglende eller utilfredsstillende lægelig rådgivning spiller en rolle for adherenceniveauet.

Udover socioøkonomiske og strukturelle årsager tegner der sig et billede af, at statinbrugerne vægter personligt helbred og lægelig rådgivning højt. Vælger man at stoppe med sin behandling, er det ofte en afvejning af, om den forøgede risiko for hjerte-kar-sygdomme er værd at leve med, hvis det betyder, at evt. bivirkninger forsvinder. Denne afvejning sker ofte på baggrund af oplysninger eller måske rettere på baggrund af manglende oplysninger fra lægen. Der er i praksis tale om simple risikovurderinger foretaget på ofte løse grundlag med udgangspunkt i den enkelte patients egne kropsoplevelser og følelser i forbindelse med læge-/patientrelationen. Disse personlige risikovurderinger er ikke entydige og varierer fra patient til patient. Det er derfor ofte nødvendigt forskningsmæssigt at skifte spor og bevæge sig væk fra epidemiologiens kvantitative tilgang i et forsøg på at forklare disse personlige risikovurderinger.

4.5 Personlige risikovurderinger

Den personlige risikovurdering er langt hen ad vejen en afvejning af indholdet af den information, man modtager, og personlige holdninger. Meillier, Lund og Gerdes viser i en dansk undersøgelse foretaget for 20 år siden, at 85% af befolkningen allerede på dette tidspunkt vidste, at forhøjet kolesterol var et problem (Meillier, Lund og Gerdes 1997: 224). Denne viden havde de primært fået gennem medierne, et faktum som vil blive uddybet senere i kapitlet, og som viser, at danskerne ikke nødvendigvis er uvidende om egen livssituation og den seneste forskning på det medicinske område. Beck beskriver på den anden side, hvordan forskningsverdenen til gengæld anser befolkningen for at være uvidende, men med gode intentioner. Videnskab fastslår risici, og befolkningen iagttager disse risici og handler rationelt derefter. Afgivelse fra denne norm anses for at være irrationel og udviklingsfjendtlig (Beck 2002: 77). Den enkelte borger bliver medbestemmende, da alle antagelser om og beregninger af risici indeholder en implicit kulturel værdiforestilling om et godt liv (Beck 2002: 78). Det betyder i denne sammenhæng, at ved at påpege, at der er en risiko ved et forhøjet kolesteroltal, forsøger videnskaben at påvirke borgeren i retning af et lavt kolesteroltal. Det medfører naturligt overvejelser hos borgeren omkring omlægning af livsstil og eventuel medicinering, hvis tallet er for højt. Dermed opstår behovet for refleksion hos den enkelte borger om, hvad det gode liv er. Er det gode liv ensbetydende med sundhedsfremmende tiltag og medicinering, eller er det fedtfyldt kost, rygning, ringe motion og fravær af bivirkninger? Denne refleksion fører derefter til en beslutning for eller imod gyldigheden af oplysningerne om risici, og dermed opstår et stykke *medbestemmelse*, hvor individets egen vurdering tages med i beslutningsprocessen. Denne uenighed mellem borgerne og eksperterne om det gode livs præmisser stiller derfor spørgsmålstejn ved gyldigheden af udsagnet om risiko.

De tekniske risikoeksperter tager fejl mht. den empiriske rigtighed af deres implicitte værdipræmisser, og det gælder specielt deres antagelser om det, der for befolkningen fremstår som acceptabelt og uacceptabelt.

(Beck 2002: 78)

For er der reelt tale om en risiko, hvis borgerne anser antagelserne bag risikoen for at være uacceptable eller bare ligegyldige?

Risici og antagelser om risici er altså et personligt anliggende, der bl.a. bunder i tanken om det gode liv. Det betyder i praksis, at visse dele af befolkningen langt hen ad vejen godtager eksperternes risikovurderinger, mens andre dele af befolkningen ikke godtager præmissen. Men på hvilke præmisser træffer statinbrugerne sammen med deres læge en afgørelse om det gode liv?

Til afdækning af disse læge-/patientforhold synes store kohorteundersøgelser ikke at være sufficente, og derfor vil redegørelsen i det følgende afsnit være domineret af 3 kvalitative undersøgelser, der netop fokuserer på forholdet mellem læge og patient og de risikovurderinger, den enkelte patient træffer i forhold til deres helbred generelt og mere specifikt i forhold til brugen af statiner.

Kirkegaard et al. (2012) forholder sig til risikovurdering set fra lægens position og beskriver den usikkerhed, der er en stadig stigende del af det lægelige arbejde. En usikkerhed, der generelt udspringer af manglende evner eller redskaber til at rådgive den enkelte patient om kolesterolsænkende medicin i relation til dennes egne værdier. De deler deres resultater op i usikkerhed i relation til videnskabelig indsigt og situationel usikkerhed (Kirkegaard et al. 2012: 245-48).

Omkring den videnskabelige usikkerhed nævnes udfordringer i forhold til forståelse, gyldighed, omfang, risikovurdering af og uenighed om den medicinske forskning. Den situationelle usikkerhed beror ofte på usikkerhed omkring patientens hensigt og forståelsesevner i relation til risiko og muligheder. En skematisk oversigt over deres resultater kan ses i bilag A5.

Kirkegaard et al. beskriver overordnet, at den videnskabelige usikkerhed meget ofte bunder i mangelfuld eller utilstrækkelig viden om kolesterolbehandling generelt. De beskriver også, at lægerne indbyrdes er uenige om værdien af kolesterolbehandling.

Denne uenighed lægerne imellem er i den engelske sociolog Anthony Giddens' optik ikke noget usædvanligt fænomen set i lyset af hans tanker om modernitet. Det vil derfor være nødvendigt at dvæle ved Giddens' tanker om individet og det senmoderne samfund, som kommer til udtryk i bogen *Modernitet og selvidentitet* (1996). Værket er relevant for denne afhandling, da det blandt andet beskæftiger sig med at afdække, hvorledes individet og dets valg af livsstil påvirkes af et konstant krav om refleksivitet fordret af en stadig strøm af nyerehvervede erfaringer og viden.

I et samfund under konstant forandring uden nedarvede traditioner og normer er det enkelte individ dybt afhængigt af institutioner som f.eks. medier, banker eller den kollektive trafik for at få hverdagen til at fungerer. Giddens (1996: 32) omtaler disse nødvendige institutioner som ekspertsystemer. Individet er nødt til næsten blindt at have tillid til disse ekspertsystemer, da det kun er en meget overfladisk teknisk viden omkring de enkelte systemer, som aktøren besidder i forhold til den næsten uendelige række af ekspertsystemer, som samfundet i dag rummer (Giddens 1996: 35). Et af grundvilkårene i denne tillid til systemerne er, at selv eksperterne ikke altid har ret, når de forsøger at definere, hvad der er rigtigt eller forkert, og derfor omfatter tilliden til ekspertsystemerne også en risiko for, at disse tager fejl. Moderniteten er en risikokultur (Giddens 1996: 12), hvor selve udfoldelsen af menneskeligt liv er forbundet med risici. I forsøget på at minimere den samlede risiko må individet konstant refleksivt forholde sig til sin egen livssituation og sortere imellem de alternativer, eksperterne tilbyder i forbindelse med livets fortsatte opretholdelse (Giddens 1996:32).

Det, der gør Giddens relevant i denne sammenhæng, er, at sundhedssystemet er et af de ekspertsystemer, som han flittigt refererer til i værket, og som sammen med identitet, kropsopfattelse og den dertilhørende sundhedstilstand udgør et af de gennemgående referencepunkter i første halvdel af bogen. Giddens nævner ikke statiner, men omtaler af flere omgange specifikt hjerte-kar-sygdomme og sundhedsrisici i samme åndedrag.

En af Giddens' pointer er, at lægen er systemrepræsentant for det ekspertsystem, som sundhedssystemet udgør. Lægen bliver en adgangsport og udgør derved en pseudorelation mellem patient og det samlede sundhedssystem (Ulrich 2006: 475-476). Man kan altid henvende sig til eksperten (her lægen), hvor kravet om refleksivitet hos individet opstår, når eksperterne internt er uenige om både teori og praktiske diagnoser (Giddens 1996: 103).

En person med en særlig type medicinsk problem kan således risikere at skulle vælge mellem alternative former for højteknologisk behandling, men også mellem rivaliserende krav fra videnskabelig og holistisk medicin (inden for hvilken der kan være et uendelig bredt udvalg af mulige løsninger).

(Giddens 1996: 104)

Giddens' beskrivelse indrammer præcist den statinrelaterede problemstilling, hvor tvivlen blandt eksperterne på feltet aftvinger statinbrugerne et valg mellem medicinering eller livsstilsomlægninger. Denne stillingtagen bliver i tilfældet med statiner så yderligere problematisk, når statinbrugerne oplever usikkerhed omkring anbefalingerne blandt repræsentanterne for ekspertsystemet, som beskrevet ovenfor af Kirkegaard et al. (2012: 245-48). Giddens begrundet først og fremmest denne usikkerhed hos lægerne med modernitetens betingelser.

Den tiltagende specialisering foregår samtidig med moderne institutioners ekspansion, og en yderligere indsnævring af specialist-områderne synes at være en uundgåelig konsekvens af den teknologiske udvikling. Jo mere specialiseringerne koncentrerer sig, desto mindre bliver det felt, inden for hvilket et individ kan hævde sin ekspertise. På andre områder vil vedkommende være i samme situation som alle andre.

(Giddens 1996: 148)

Argumentet er, at den akkumulerede viden, som moderniteten fordrer, medfører, at viden på de fleste områder bliver så omfattende, at det kræver yderligere ekspertise at overskue denne viden. Dermed sker der en specialisering, som medfører en yderligere videnskonsentration. Resultatet er, at den praktiserende læges felt bliver mindre, og der bliver dermed mindre råderum at være ekspert i. Ekspansionen af specialeområder medfører samtidig, at lægen skal orientere sig på flere og flere områder, hvilket naturligvis er umuligt. Dermed ender den praktiserende læge med i visse situationer at have samme indsigt som alle andre og i visse tilfælde deres egne patienter. En sådan reduktion i niveauet af viden, autoritet og ekspertise må naturligvis fremkalde usikkerhed.

Giddens anser uenigheden blandt lægerne om værdien af en behandling som en uundgåelig betingelse inden for den medicinske verden:

... internt er eksperterne selv uenige om både teorier og praktiske diagnoser.

(Giddens 1996: 103)

og

*Ekspertopinionens konsensus – hvis der findes en sådan – kan skifte, selv når de tidligere anbefalede livsstilsændringer er blevet fulgt ...
Medicinske begreber og terminologier ændres, når teorier revideres eller forkastes.
Derudover er der på et hvilket som helst tidspunkt substantiel, måske endda radikal uenighed inden for lægeprofessionen om såvel risikofaktorer som større sundhedsfarers ætiologi.*

(Giddens 1996: 144 – 145)

Uenigheden blandt lægernes synes i Giddens' optik at være fuldt begrundet i den almene udvikling på det medicinske felt, når opinionen på et givent felt er til forhandling. Det må i højeste grad være en passende beskrivelse af udviklingen inden for behandlingen af forhøjet kolesterol. Denne revurdering af teorier og manglende konsensus medfører udover uenighed også en udvidelse af den medicinske usikkerhed, idet den fordrer yderligere fordybelse inden for et bestemt speciale, som måske ikke er lægens eget.

Den anden halvdel af Kirkegaard et al.'s resultater koncentrerer sig om lægernes usikkerhed i forbindelse med konsultation og er opdelt mellem usikkerhed i relation til patientkontakten og usikkerhed i relation til den information, patienten præsenteres for.

Hvad angår relationen til patienten og brugbarheden af den rådgivning, der gives, knyttes usikkerheden her sammen med den uenighed, der findes på statinfeltet.

Vurderingen af sundhedsrisici afhænger i meget stor udstrækning af, "hvem der har ret" i sådanne uenigheder. For selv om en når som helst udarbejdet risikoprofil kan se objektiv ud, afhænger fortolkningen af risici for individer eller en individkategori af, hvorvidt der introduceres livsstilsændringer, og i hvilken udstrækning disse bygger på begrundede antagelser.

(Giddens 1996: 145)

Relationen til patienten bliver altså mere end dobbelttydig. Først og fremmest skal lægen på baggrund af sin relativt "begrænsede" viden omkring forhøjet kolesterol lave en risikovurdering af patienten. Samtidig skal den praktiserende læge forholde sig kritisk til den uenighed, der hersker på statinfeltet og derefter forsøge at tilpasse sin rådgivning og anbefalinger til patientens profil under hensyntagen til patientens livsstil. Det er ikke underligt, at de praktiserende læger efterlyser større indsigt i patienternes ønsker, hensigter og kognitive kapacitet i relation til en forståelse af budskabet.

Derfor er det også kun naturligt, at de praktiserende læger efterlyser risikoforklarende modeller eller informationsmateriale, der kan afhjælpe usikkerheden i forbindelse med rådgivningen af patienten. Denne mediebaseerede risikoforklarende tilgang vil således kunne tjene et dobbelt formål ved både at underbygge lægens egen beslutningsgang og samtidig illustrere rationalet bag beslutningen for patienten.

Ønsket om de risikoforklarende modeller bekræfter samtidig pointen om, at mængden af viden er eksploderet, og at det er umuligt at være oplyst ekspert på alle områder. Den førromtalte SCORE-model har været publiceret og anbefalet af Dansk Selskab for Almen Medicin siden 2007. Kirkegaard et al.'s resultater blev publiceret i 2012. Der er derfor al mulig grund til at tro, at de risikomodeller, der efterlyses, allerede var tilgængelige, da undersøgelsen blev gennemført.

Sammenfattende kan man konkludere, at vidensakkumulering, specialisering, indsnævring af ekspertrroller og faglig uenighed i mange henseender har udfordret de praktiserende læger i relation til deres egen autoritet og dermed også deres relation til patienterne. Giddens opsummerer således:

Da eksperter så ofte er uenige, vil professionelle, der ellers er centralt placeret inden for et givent ekspertiseområde, ofte føle, at de står i en situation som en lægperson, der skal træffe en lignende beslutning. I et system uden endegyldige autoriteter er selv de mest anerkendte opfattelser inden for et ekspertsystem åbne for revision og ændres i mange tilfælde regelmæssigt.

(Giddens 1996: 167)

Følelsen af at være lægperson er langt fra optimal for den praktiserende læge, idet den udvander autoriteten. Patienten kan jo være ekspert på egen diagnose og vil ofte være det i relation til at træffe den endelige beslutning om valg eller ikke-valg af behandling. Uanset om valget omfatter behandling med statiner eller ej, bliver patienten medbestemmende, når det kommer til vurderingen af risiko – jævnfør Beck (2002: 78).

Fokuseres der derfor på patientens rolle i en risikovurdering i relation til forhøjet kolesterol og statiner, er det tydeligt, at der findes en symbiose mellem individet og eksperterne på feltet. eksperter spiller en stor rolle hos de fleste borgere og benyttes ofte til at vurdere risikoen af fremtidige hændelser. Giddens nævner, at risikovurderinger er af fundamental betydning for kolonisering af fremtiden og bemærker:

Jo mere individet reflektivt forsøger at forme selvidentiteten under modernitetens betingelser, desto mere vil vedkommende blive klar over, at nuværende praksisser former fremtidige udfald.

(Giddens 1996: 154)

Med andre ord vil de fleste mennesker, når de beskæftiger sig indgående med deres egen livsstil, ufravigeligt komme til den konklusion, at deres daglige valg har konsekvenser for resten af deres liv. Det betyder, at individet, uanset om det ønsker det eller ej, konstant må tage sin livsstil op til overvejelse, hvis det ønsker at minimere eventuelle sundhedsmæssige risici. Det er i praksis kun de færreste mennesker, der helt bevidst undgår disse overvejelser.

En vigtig faktor for, hvordan individer opfatter den risiko, de selv lever med, baserer sig på den information, de modtager om deres specifikke situation. En anden vigtig faktor er den ekspert, der videreformidler informationen.

Ifølge Honey et al. kan denne information opdeles i *form* og *indhold*. Form forholder sig til, om informationen om brugen af statiner bliver givet ansigt til ansigt eller på skrift, mens indhold baserer sig på, om informationen er følelsesbetonet eller faktaorienteret (Honey et al. 2015: 62). Ved at benytte disse sondringer interviewede Honey et al. 37 patienter i alderen 40-74 år. De blev efter endt lægekonsultation spurgt ind til deres risikoopfattelse af netop risikoen for og ved hjerte-kar-sygdomme. Honey grupperede patienterne i forhold til, om de var *determinerede* eller *ligeglade* over for den risikoinformation, de havde modtaget. Alle 37 patienter på nær en enkelt havde modtaget risikoinformationen ansigt til ansigt. Den sidste havde modtaget informationen via brev. En skematisk oversigt over resultaterne fremgår af bilag A6. Med udgangspunkt i lægernes præsentation af risici ved forhøjet kolesterol i blodet var der oftest tale om, at lægerne ofte benyttede en emotionel tilgang, når de skulle redegøre for patienternes risikoprofil. Kun én enkelt patient kunne erindre at være blevet præsenteret for en numerisk risikoforklaring i form af et scorecard. Igen et eksempel på, at praktiserende læger ofte fravælger illustrative modeller eller muligvis ikke har nogen viden om deres eksistens. Samlet set oplevede kun ganske få patienter, at de fik en personlig og motiverende risikovurdering. De fleste læger benyttede en emotionel humoristisk tilgang, hvor de nedtonende alvoren af risikoen.

Selvom Honey et al. tager forbehold for resultatet af deres undersøgelse ved at nævne, at der med kun 37 patienter ikke er belæg for at sige noget endegyldigt, så antyder resultatet, at måden, lægerne præsenterer risikovurderingen på, har en betydning. Det synes også at harmonere med Kirkegaard et al.'s resultater, hvor lægerne var meget opmærksomme på formen og klart så fordele ved visuelle hjælpemidler. Beck (2002: 84) fastslår, at hvis videnskaben ikke rationelt eller emotionelt kan forklare borgerne i et for dem forståeligt sprog, fravælges de præventive tiltag. Lægerne og dermed også eksperternes udlægning af risici er derfor essentiel for borgerens mulighed for selv at vurdere egen risiko. Giddens understreger denne pointe om samhørighed mellem ekspert, borger og risiko, idet:

Medicinske specialister og andre forskere fremstiller materiale, på baggrund af hvilket der udarbejdes risikoprofiler. Men risikoprofilerne er ikke forbeholdt eksperterne. Befolkningen er generelt bevidst om dem – om end denne bevidsthed ofte er umiddelbar og skitseagtig – og den medicinske profession og andre institutioner gør meget ud af at gøre deres resultater tilgængelige for lægfolk.

(Giddens 1996: 144)

Det centrale ved citatet er, at befolkningen generelt har en forståelse for risici, og endnu mere relevant for denne afhandling bliver Giddens, når han umiddelbart efter konstaterer:

De livsstile, som befolkningen i vid udstrækning følger, er påvirket af forståelsen af disse resultater, selv om der normalt findes klasseforskelle i ændringen af adfærdsmønstre med den højtuddannede gruppe som den mest modtagelige.

(Giddens 1996: 144)

Altså en understregning af, at livsstil, sundheds- og risikoopfattelse er tæt forbundne fænomener, som i relation til de tidligere nævnte tanker af Bourdieu og Otto ikke kan anskues uden en vis skelen til

strukturelle forhold. Det er således også i Giddens' optik de bedst uddannede, der har de bedste muligheder for at forstå og indoptage nye risikovurderinger i deres livsstil.

Ser vi derfor på Meillier, Lund og Gerdes (1997) og Honey et al.'s resultater, er der hos alle patientgrupper en forståelse for sammenhængen mellem forhøjet kolesterol og risikoen for hjertekarsygdomme. Det betyder også i denne afhandling, at det må formodes, at langt den overvejende del af befolkningen og muligvis op imod 100% ved, at forhøjet kolesterol udgør risiko for helbredet.

Honey et al. mener i lighed med Giddens, at den måde, en sådan risikovurdering fortolkes på, er forskellig fra individ til individ.

De *determinerede* patienter var enten meget motiverede for at ændre livsstil eller meget motiverede for ikke at foretage sig noget. Blandt de patienter, der var motiverede, var det kendetegnende, at:

People who are ready to change are relatively easy to support through advice and information giving, and sign-posting to relevant programmes and activities.

(Honey et al. 2015: 67)

Der synes altså at være en tendens til, at determinerede patienter, der var positive over for livsstilsændringer, blot skulle anerkendes for deres synspunkter og derefter have de rette anvisninger i form af information og aktiverende tiltag. Honey et al. påpeger dog, at denne selvrapporterede motivation ikke nødvendigvis automatisk medfører en ændring i livsstil. Der kan være langt imellem, hvad man siger, og hvad man siden gør i praksis (Honey et al. 2015: 67).

De *determinerede* med *aktiv modstand* havde generelt ikke tiltro til den risikovurdering, de blev præsenteret for, eller havde svært ved at anerkende tallene bag. Derfor vil denne gruppe have behov for en mere skræddersyet præsentation af deres risiko. Det hjælper ikke dem, at tallene præsenteres som gennemsnit, eller at risici beskrives i generelle vendinger. Den oftest anvendte forklaring til den aktive modstandsholdning var, at sundhedsinformation generelt var selvmodsigende og derfor utroværdigt (Honey et al. 2015: 67). En iagttagelse Giddens også gør:

... intet kan tages for givet – hverken i den daglige praksis eller i den filosofiske fortolkning af verden. Det, der i dag regnes som acceptabel/passende/anbefalelsesværdig adfærd, vil muligvis blive forstået anderledes i morgen i lyset af ændrede omstændigheder eller nye videnspåstande.

(Giddens 1996: 159)

Det er altså krævende at skulle forholde sig til disse konstant ændrede forudsætninger, og det medfører, som det senere skal uddybes, forvirring, usikkerhed og også ligegyldighed hos visse dele af undersøgelsespopulationen i denne afhandling. Det bliver en konstant udfordring at skulle forholde sig til, om det er fornuftigt at tage statiner, eller om det potentielt er skadeligt.

De *ligeglade* informanter i undersøgelsen kan opdeles i tre grupper. Dem der nedtoner problemerne, dem der foretager overspringshandling, og dem der er fatalister. *Nedtonerne* er ofte blevet informeret af en læge, der selv har nedtonet problemet. Deres primære begrundelse er manglende bekymring og en idé om, at dårlige vaner opvejes af gode ditto.

Da specifikke praksisser normalt er tilpasset et sammenhængende system af livsstilsvaner, bedømmer individerne ikke altid, måske endda kun sjældent, risici som separate enheder, der hører til i hvert sit domæne. Livsplanlægning indebærer snarere en "pakke" af risici end en kalkulation af implikationer forbundet med særlige segmenter af risikabel adfærd. At man løber efter visse risici i sin stræben efter en bestemt livsstil, accepteres med andre ord som værende inden for de "tilladelige grænser" som en del af denne overordnede pakke.

(Giddens 1996: 159)

Nedtonerne ser på denne vis mere deres sundhed og livsstil som en pakkeløsning i et nulsumsspil, hvor antallet af laster opløses af antallet af positive foranstaltninger.

De overspringshandlende forstår også godt risikoen, men savner motivation og er ikke klar til at lægge stilen om. De venter på forbedringer i deres hverdag, som vil kunne nedtone behovet for de dårlige vaner. En kvindelig informant påpeger, at hun som pensionist har svært ved at nedbringe sit stressniveau og derfor ikke er i stand til at kvitte tobakken. For flere informanter gjaldt det, at de ventede på, at en bestemt lejlighed var overstået, så de kunne lægge deres livsstil om. Lidt i lighed med et nytårsforsæt (Honey et al. 2015: 65).

Fatalisterne var som den sidste gruppe også fuldt klar over risikoen ved forhøjet kolesterol i blodet.

Et fatalistisk moralsystem er en af de mulige reaktioner på en verdslig risikokultur. Der findes risici, som vi alle må se i øjnene, men som individer – eller sågar som kollektiv – ikke kan gøre noget særligt ved. Begivenheder gennem livet er i sidste ende et tilfældighedernes spil, ville fortællerne for en sådan forestilling sikkert sige. Derfor kan vi lige så godt beslutte os for, at "hvad der må ske, må ske" og lade det være ved det.

(Giddens 1996: 156)

Som tidligere beskrevet hos Bourdieu og Otto, men modsat Dahls opfattelse, er *fatalisterne* ikke lykkeligt uvidende om deres egen situation. De valgte blot passivt at lade stå til, da de ikke følte, at de var herrer over deres fremskredne alder, genetiske ophav eller almindelige portion af held. Modsat de *determinerede* med *aktiv modstand* tog fatalisterne ikke aktivt stilling til deres situation. De konstaterede blot, at der var en risiko, og at det var en del af livet, der ikke kunne ændres. Modsat de *overspringshandlende* ventede de ikke på et bestemt tidspunkt til at ændre livsstil. De var bogstaveligt talt indifferente.

Honey et al.'s resultater peger sammen med en lang række teoretiske ræsonnementer samlet på, at lægerne og de medicinske eksperter ofte er afgørende for, hvordan patienter med et forhøjet kolesteroltal forholder sig til risikoen ved netop denne tilstand. Der synes at være en sammenhæng mellem den information, der tilbydes patienten, og patientens reaktion på denne information. Generelt deler patienternes attitude sig i en determineret eller en ligegyldig tilgang.

I en lignende undersøgelse interviewede Tolmie et al. 33 statinbrugere med forskelligt adherenceniveau, der havde været i statinbehandling imellem 8 måneder og 8 år. De delte deres resultater op i to hovedkategorier: Læge-/patientkommunikation samt forestillinger om sundhed. Tolmie et al. fokuserer på en sammenhæng mellem lægens information til patienten og patientens viden om egen situation. De konstaterer, at mange patienter havde fået hovedparten af deres viden om kolesterol og statiner fra medierne, men uddyber ikke dette faktum yderligere (Tolmie et al. 2003: 145). Resultaterne af undersøgelsen er opsat skematisk som følger:

Præsentation af Tolmie et al.'s resultater

Læge/patientkommunikation		
Indledning af behandling	Feedback	Årsager til misforståelse
<ul style="list-style-type: none"> Information vigtigt om behandling og medicin Mulighed for at stille spørgsmål 	<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for supplerende information Mulighed for opfølgende konsultation 	<ul style="list-style-type: none"> Manglende viden om egen tilstand Mangel på forståelse for livslang medicinering
Forestillinger om sundhed og forholdet til statiner		
Ubetinget accept	Betinget accept	Fornægtelse
<ul style="list-style-type: none"> Stor tiltro til lægen Stor tiltro til medicinen Behandling er den nemme løsning 	<ul style="list-style-type: none"> Usikkerhed hos patienten Større behov for sikkerhed Retfærdiggørelse af egne løsninger 	<ul style="list-style-type: none"> Medicin skal kurere, ikke forebygge Sundhedsinformation er selvmodsigende

Kilde: Tolmie et al 2003: 141-149

Tabel 28

Som det kan ses, er der en del sammenfald mellem Tolmie et al.'s resultater og de to tidligere gennemgåede undersøgelser.

Fokuseres der først på læge-/patientkommunikationen, konkluderer Tolmie et al, at lægens tilgang og ordvalg ofte er udslagsgivende for statinbrugerens opfattelse af og forståelse for behandlingen (Tolmie et al. 2003: 148). Resultatet stemmer således fuldt ud overens med de to tidligere undersøgelser. Tolmie et al. supplerer derudover med at beskrive, hvordan selve indledningen af behandlingen med statiner kan have afgørende betydning for det videre forløb og niveauet af adherence. De bemærker, at lægens troværdighed har en afgørende indflydelse, og at en forklaring af nødvendigheden af statiner synes at være afgørende for, om behandlingen blev igangsat og siden fulgt efter forskrifterne.

Uanset forklaring eller lægelig troværdighed er der stor forskel på, hvilken erkendelse individer kommer til, efter diagnosticering af forhøjet kolesterol. Tolmie et al. konstaterer i hvert fald i relation til forestillinger om sundhed, at patienterne overordnet set reagerede på tre forskellige måder. De tre måder er: *Ubetinget accept*, *betinget accept* og *fornægtelse*.

De patienter, der tilhørte gruppen med *ubetinget accept*, havde først og fremmest stor tiltro til deres læge og den medicin, vedkommende ordinerede. De var glade for, at lægen tog beslutningen for dem. De anså statiner for en genvej til det gode helbred og endda som et middel til at undgå livsstilsændringer (Tolmie et al. 2003: 146). Statiner blev af visse dele af gruppen anset som det lette valg. En tilgang som også er beskrevet af Dahl tidligere i afhandlingens afsnit om livsstil.

Betinget accept-gruppen forstod godt risikoen ved forhøjet kolesterol i blodet, og at statiner kunne være med til at afhjælpe denne situation. De fandt det dog sandsynligt, at andre tiltag kunne være lige så nyttige. De anså familiemæssig baggrund, oplevede symptomer og venners erfaringer som lige så vægtige som lægens råd. Dette resulterede ofte i indre konflikter, hvilket medførte perioder, hvor statinerne ikke blev taget. Der var også tale om, at bivirkninger spillede en rolle og medførte en række overspringshandlinger, hvor patienterne kom med forskellige forklaringer på, at behandlingen med statiner var midlertidigt stoppet (Tolmie et al. 2003: 146).

Blandt *fornægterne* anså man statiner for at være unødvendige. Generelt udtrykte gruppen, at de havde det fint uden statiner. De oplevede ingen symptomer på forhøjet kolesterol og anså derfor ikke medicinering som et fornuftigt alternativ. Som beskrevet hos Otto og Dahl, var de overbeviste om, at medicin skal kurere, ikke bare forebygge. De mener som gruppen hos Honey et al., der gjorde *aktiv modstand*, at informationen sundt og usundt var selvmodsigende og af cyklisk karakter (Tolmie et al. 2003: 146-147).

Tolmie et al. konkluderer blandt andet derfor, at jo mere adækvat og relevant for egen situation, den information, statinbrugerne fik, var, jo større var sandsynligheden for, at de fulgte de forskrifter, som behandlingen krævede (Tolmie et al. 2003: 148).

Den indledende igangsættelsesproces, hvor statinbehandlingen initieres, kan sidestilles med det, som Giddens kalder *skæbnesvangre øjeblikke*. *Skæbnesvangre øjeblikke* (1996: 156) er bestemte "livskriser", som kan opfattes af individet og tvinge det til refleksion over eget liv. Denne refleksion vil ikke nødvendigvis medføre en livsstilsændring hos alle, som også Tolmie et al. konkluderer. Den primære iagttagelse er imidlertid, at det *skæbnesvangre øjeblik* er øjeblikket, hvor individet indser, at det befinder sig i en risikosituation og derfor naturligt bliver aftvunget et behov for refleksivitet. Tolmie et al. beskriver behovet for yderligere information som en naturlig forlængelse af krisebudskabet. Individet er blevet informeret om, at det befinder sig i en situation, hvor nye risici er blevet opregnet, og vil naturligt søge verificering eller falsificering af budskabet. Denne yderligere opdatering af viden sker bl.a. ved at stille opfølgende spørgsmål til lægen eller ved at læse indlægssedlen i medicinpakningen (Tolmie et al. 2003: 145). Mest interessant for denne afhandling er imidlertid, at langt hovedparten af deltagerne i undersøgelsen fik deres supplerende information fra medierne, hvis de ikke var tilfredse med lægens svar. Medierne blev en ressource, der fik betydning for den forståelse, som patienten havde af egen livs- og risikosituation. Medierne var med til at understøtte den refleksive proces i forbindelse med konstatering af forhøjet kolesterol og medfølgende risici for helbredet. Det følgende afsnit vil fokusere på mediernes rolle i forbindelse med befolkningens oplevelser af sundhed generelt og mere specifikt egen sundhed. For nuværende skal det blot konstateres, at ved konstant at konsultere medierne både i og uden for en krisesituation forøges patientens viden om egen situation, og det medfører at:

Folk bliver derfor selv små, private alternative eksperter i spørgsmål vedrørende moderniseringens risici.

(Beck 2002: 78)

Medierne og krisesituationer er på denne måde med til at øge individets viden om og dets evne til at vurdere risici. Hvilket igen medfører, at:

Mange skæbnesvangre situationer tvinger i kraft af deres karakter individet til at ændre vaner og revidere projekter.

(Giddens 1996: 156)

Mediernes synes altså at udgøre en ressource i de skæbnesvangre øjeblikke. Det interessante er i denne sammenhæng, hvilken grad og i hvilken retning mediernes indhold påvirker patienterne i relation til den refleksive proces. I det følgende afsnit vil det blive undersøgt, hvilken betydning mediernes indhold har i forhold til risikovurdering og adherenceniveau.

4.6 Statiner og medier (Litteraturreview)

Mere specifikt vil dette afsnit søge at afdække sammenhængen mellem mediernes påvirkning og brugen af statiner, og derved når afhandlingen ind til en af de kerneproblemstillinger, som er opridset i den indledende projektbeskrivelse. En lang række nøgletekster i form af empiriske undersøgelser i relation til medier og statiner vil blive præsenteret og analyseret med henblik på at blotlægge essensen af de tanker og resultater, der knytter sig til dette projekts medierelaterede problemstilling. Teksterne er i skrivende stund den samlede oversigt over artikler, der har beskæftiget sig med statiner og medier.

Fællesnævneren for teksterne er, at de alle har været bragt i medicinske tidsskrifter og er skrevet af en lang række forskere inden for forskellige grene af videnskaben, lige fra kardiologer og medicinere over

bioanalytikere og farmaceuter til sociologer, medie- og kommunikationsforskere. Det betyder også, at flere af publikationerne er præget af de fagfelter, traditioner og lande, de stammer fra. Set i en mediemæssig optik fokuserer hovedparten af teksterne på statiner og brugen af disse via registerbaserede statistiske beregninger med en mediemæssig problemstilling som udgangspunkt. Der er modsat det foregående afsnits kvalitative undersøgelser tale om kvantitative ditto, der med stor statistisk sikkerhed kan påvise sammenhænge, men ikke årsagerne bag. Derfor er dette review ikke fyldestgørende for den overordnede problematik omkring sundhed og medier anskuet fra en kommunikativ og mediemæssig position, hvorfor det følgende kapitel vil uddybe netop denne del af forskningsfeltet.

Formentlig på grund af den relativt korte tid på 30 år, hvor statiner har været på markedet, er antallet af medie- og statinartikler relativt begrænset. Med undtagelse af et par artikler, der tilhører kategorien kommentarer, som f.eks. Kaya et al. fra 2015, udgør det samlede antal tekster følgende ni artikler:

Oversigt over publicerede artikler med fokus på statinbehandling og medieeffekt

Årstal	Land	Forfattere	Medie i fokus	Effekt
2009	Holland	van Hunsel et al.	Tv	Adfærdsmæssigt - stigning i antallet af rapporterede bivirkninger
2013	Frankrig	Saib et al.	Medier generelt	Adfærdsmæssigt – stigning i antallet af non-adherence statinbrugere
2013	USA	Neiderdeppe et al.	Tv-reklamer	Adfærdsmæssigt – mulighed for overdiagnosticering
2015	USA	Kruger et al.	Tv-reklamer	Adfærdsmæssigt og affektiv – stigende adherenceniveau grundet følelsesmæssig påvirkning, bl.a. skyldfølelse
2015	Australien	Schaffer et al.	Tv	Adfærdsmæssigt - stigning i antallet af non-adherence statinbrugere
2015	Danmark	Nielsen og Nordestgaard	Medier generelt	Adfærdsmæssigt – indholdet af nyheder præger statinbrugernes adherenceniveau
2015	Tyrkiet	Kocas et al.	Medier generelt	Adfærdsmæssigt – negativt indhold af nyheder præger statinbrugernes adherenceniveau negativt
2016	UK	Matthews et al.	Medier generelt	Adfærdsmæssigt – stigning i antallet af non-adherence statinbrugere
2017	Danmark	Kriegbaum et al.	Avis	Adfærdsmæssigt – stigning i antallet af non-adherence statinbrugere

Tabel 29

Ser man på tabel 29, bemærker man, at samtlige undersøgelser finder, at medierne har en overordnet adfærdsmæssig effekt på brugen af statiner. Alle artikler påviser og argumenterer for, at medier på den ene eller anden måde har en avanceret/kraftig påvirkning på statinbrugere. En gennemgående tendens, som gør sig gældende uanset hvilke medier, der er fokuseret på i undersøgelsen. De eneste artikler, der også beskæftiger sig med affektive effekter af medieindholdet, er Kruger et al. (2015) og delvist Neiderdeppe et al. (2013).

Ifølge van Hunsel et al. (2009) bragte det hollandske tv-program *Radar* i 2007 en historie om alvorlige bivirkninger ved brugen af statiner. Beretninger om bivirkninger indberettet til de hollandske sundhedsmyndigheder blev i en periode på 5 måneder efter tv-programmet analyseret af forskerteamet. Indberetningerne blev indgivet af både læger og patienter. Den mest indberettede bivirkning var myalgi. Antallet af patientindberetninger kulminerede umiddelbart efter programmet. Der var en eksplosiv vækst i antallet af indberetninger den måned, programmet blev vist, fra under 5 indberetninger til 220

indberetninger. De efterfølgende måneder var niveauet igen tilbage på under 5 indberetninger. Antallet af indberetninger fra lægerne lå gennem hele undersøgelsesperioden på omkring de 20 hver måned (van Hunsel et al. 2009: 561).

Lignende resultater finder Saib et al. i en fransk undersøgelse fra 2013. Her nævnes det, at der op til undersøgelsen har været en kontrovers om værdien af statinbehandling for patienter i primær behandling. Set i en mediemæssig optik bliver det desværre ikke uddybet, hvad denne kontrovers beror på. Det må dog i denne sammenhæng kunne udledes, at kontroversen har udspillet sig i medierne, da langt over halvdelen af statinbrugerne er bekendt med kontroversen (Saib et al. 2013: 511). Undersøgelsen omfattede 142 statinpatienter i en survey-undersøgelse foretaget i forlængelse af patienternes konsultation. Resultatet blev, at 24,3% af statinbrugerne i primær forebyggelse og 8,6% i sekundær havde planer om at stoppe (Saib et al. 2013: 511). Her bliver resultatet imidlertid lidt diskutabelt, for selvom Saib et al. nævner, at meget få patienter reelt var stoppet i deres statinbehandling, problematiserer de ikke denne selvrapportering og holder den ikke op imod en eventuel efterfølgende registerundersøgelse. Anbefalingen er, at man skal bruge flere medicinske argumenter for at få flere i behandling. Saib et al.'s artikel skal nok mest ses som en politisk tilkendegivelse for øget statinbehandling, idet de to af forskerne er på lønningslisten hos flere af de store statinproducenter.

Samplet består af to undersøgelser fra USA med Cornell University som omdrejningspunkt. Undersøgelserne beskæftiger sig begge med medicinske tv-reklamer målrettet privatforbrugere. Det er modsat i Danmark lovligt i USA at reklamere for receptpligtig medicin. Der fokuseres på forholdet mellem antallet af viste tv-reklamer og antallet af diagnosticerede patienter med forhøjet kolesterol og antallet af statinbrugere samt på statinbrugernes mentale velbefindende. Resultaterne viste en positiv sammenhæng mellem reklameeksponering og antallet af kolesteroldiagnoser og statinbrugere. Individuer, der højfrekvent blev udsat for statinreklamer, blev oftere diagnosticeret med forhøjet kolesterol og fik oftere udskrevet statiner (Niederdeppe et al. 2013). Ræsonnementet er, at patienter i lavrisikogruppen på grund af påvirkning fra tv-reklamer, der anpriser statiner, oftere opsøger deres læge for få undersøgt kolesteroltallet eller for at bede om at få udskrevet statiner, end hvis de ikke havde været udsat for reklamering. Artiklen pointerer, at statinreklamer på tv kan forårsage en overdiagnosticering og -behandling af dele af befolkningen.

Kruger et al. (2015) benytter samme fremgangsmåde som Niederdeppe et al, men frem for at se på reklamens tilsigtede effekt, ser de på det, McQuail kalder de utilsigtede hændelser ved medieeksponering. Disse hændelser er kendetegnet ved at være effekter af medieeksponering, som ikke bevidst er afsenders intention med medieproduktet (McQuail 2002: 334). Udover at reklamering for receptpligtig medicin øger risikoen for overbehandling, synes der også at være en risiko for, at indholdet og henvendelsesformen i tv-reklamer kan påvirke forbrugeren affektivt i en negativ retning. Rent metodisk benytter Kruger et al. samme fremgangsmetode og sample på 106.865 informanter, som Niederdeppe et al. Undersøgelsen viser, at jo mere eksponeret forbrugeren er til statinreklamer, jo større er oplevelsen af skyld i forhold til usund diæt og manglende motion. Samme følelse havde hjertepatienter i sekundær behandling, og de havde desuden et signifikant højere niveau af bekymring for eget helbred. Konklusionen er, at statinreklamer kan have en uintenderet effekt i form af skyldfølelse hos forbrugeren (Kruger et al. 2015). Den nyttige pointe i forhold til denne afhandling er, at selvom det ikke er tilladt at reklamere for statiner i Danmark, kan medieeksponering uintenderet medføre en oplevelse af skyld og blandt hjertepatienter desuden give anledning til bekymring. Positiv medieomtale af statiner vil desuden kunne øge adherenceniveauet.

Knap så kritiske er Schaffer et al. i deres biomedicinske og -statistiske undersøgelse. De undersøger sammenhængen mellem tv-programmet *Catalyst* og ændringer i australiernes brug af statiner. I løbet af 2

uger i oktober 2013 sendte det videnskabsjournalistiske program *Catalyst* to programmer, der betragtede brugen af statiner i et kritisk lys.

Resultatet var, at 2,6% færre recepter blev indløst i ugerne, hvor programmet blev vist. Effekten fortog sig efterfølgende. (Schaffer et al. 2013).

Samme resultat omkring negativ medieomtale kommer en dansk undersøgelse også til. Her er der dog ikke tale om en tilgang med fokus på et enkelt medie, men på nyhedsmedier generelt. Her fokuseres der på sammenhængen mellem arten af nyhedshistorier bragt i medierne og afbrydelse af statinbehandling inden for 6 måneder efter dens initialisering. De to medicinere ved Københavns Universitet, Nielsen og Nordestgaard, foretog en registerundersøgelse, der baseredes på demografiske og medicinske data for samtlige statinbrugere i Danmark i perioden 1995-2010. Populationen bestod af individer på 40 år eller ældre og udgjorde 674.900 individer. Det er det største sample i nogen undersøgelse af medier og statiner. Infomedia blev benyttet til at identificere medieindholdet. Resultaterne viste, at de primære faktorer for tidlig afbrydelse af statinbehandling, opsat i rækkefølge med den mest afgørende først, var: Bosiddende i en by på mere end 100.000 indbyggere, anden etnicitet end dansk, dosering af statiner, køn og som det mindst afgørende: negative mediehistorier. Af faktorer, der fremmer en fortsat behandling (høj adherence) hos statinbrugeren, nævnes i rækkefølge med de mest afgørende først: Diagnosticerede hjerte-kar-sygdomme, positive mediehistorier og diagnosticeret diabetes (Nielsen og Nordestgaard 2015: 5). Konklusionen er, at negativ medieomtale kan påvirke adherenceniveauet blandt statinbrugere i den indledende fase af deres behandling (Nielsen og Nordestgaard 2015: 6).

Set i et medievidenskabeligt lys er artiklen dog visse steder yderst mangelfuld i sin metodiske tilgang. Indholdsanalysen er ikke beskrevet og fremstår uigennemsigtig, og desuden er kodningen foretaget af en enkelt koder uden brug af kontrolkodning. Antallet af nyhedshistorier fundet via Infomedia resulterer ved brug af tre søgeord i 1931 historier. Dette antal virker utilstrækkeligt, når en kontrolsøgning i Infomedia foretaget for samme periode ved brug af ordene "statin" eller "statiner" og "kolesterolsænkende medicin" ender med 2728 artikler⁴³.

Medierne i undersøgelsen er fornuftigt vægtet i forhold til deres udbredelse generelt i befolkningen. Til gengæld er der ingen vægtning i forhold til alder, køn, uddannelse og livsstil, der, som tidligere argumenteret, har betydning for vores sundhed og medievalg. Anskuet probabilistisk er det næppe sandsynligt, at de mange artikler om statiner i Ude og Hjemme har samme påvirkningsgrad for højt uddannede mænd som for ufaglærte kvinder.

Samtidig nedtoner Nielsen og Nordestgaard, at påvirkningen af positive nyhedshistorier vejer 4 gange tungere end påvirkningen af negative nyhedshistorier, når det drejer sig om statin-adherence.

Ved at inddrage et meget højt antal baggrundsvariable udvander Nielsen og Nordestgaard deres egne resultater, og artiklen bliver i stedet for en undersøgelse af mediepåvirkningen en opvisning i statistiske ligeegyldigheder. Noget der understreges af Nielsen og Nordestgaards temmelig mystiske konstatering af, at statinbrugere, der stopper deres behandling kort efter initialisering, oftere dør i trafikken (Nielsen og Nordestgaard 2015: 6). En observation, der er statistisk signifikant, men intet forklarer i forhold til deres problemstilling.

Det er med andre ord begrænset, hvor meget man kan udlede af resultaterne i undersøgelsen. Det kan imidlertid konstateres, at den viser, at medieomtale af statiner kan påvirke statinbrugens adfærd og dermed adherenceniveauet i både negativ og positiv retning, hvilket passer fint med resultaterne af de tidligere beskrevne undersøgelser.

En lignende undersøgelse på tværs af medietyper med et yderst spinkelt statistisk grundlag, udført af en gruppe kardiologer ved Istanbuls Universitet, blev publiceret i juli 2015. Kocas et al. beskæftiger sig med sammenhængen mellem medier og statin-adherence. Nyhederne er, efter deres skøn, generelt negativt

⁴³ De omtalte søgeord: Statin, statiner og kolesterolsænkende medicin(er) udgør søgekriterierne for denne afhandlings indholdsanalyse af statiner.

orienteret i forhold til statiner. Fra 2011 til 2013 faldt andelen af dage, statinbrugere i gennemsnit tog deres medicin, fra 57% til 50% grundet negativ medieomtale. Denne sammenhæng giver uden yderlige ræsonnement Kocas et al. belæg for at sige, at der er en sammenhæng mellem negative statin-nyheder i medierne og et fald i adherenceniveauet (Kocas et al. 2015: 139).

Kocas et al.'s artikel må betegnes som et kuriosum og fylder knap en side i *International Journal of Cardiology*. Det kan undre, at artiklen overhovedet er sluppet igennem et peer review. Resultatet, omend meget usikkert, peger dog i samme retning som de tidligere nævnte undersøgelser. Negative nyhedshistorier bragt i medierne påvirker niveauet af statin-adherence negativt.

Langt mere troværdig er en undersøgelse bragt i det ansete ugeskrift *British Medical Journal* (BMJ), foretaget af epidemiologer i London og Manchester. Matthews et al. fokuserer som i tidligere undersøgelser på at finde en sammenhæng mellem negativ omtale af statiner i medierne og et fald i adherenceniveauet. De indleder artiklen med at påpege, at den negative omtale af statiner skyldes en kontrovers mellem *The Lancet* og netop *BMJ*. To artikler publiceret i *BMJ* i oktober 2013 var behæftet med fejl i forhold til en manglende anvendelse af "non-blinded" data i en undersøgelse af bivirkninger i forbindelse med en risikovurdering af brugen af statiner. *BMJ* korrigerede fejlene, men *The Lancet* krævede artiklerne trukket tilbage, da de mente, at effekten af de fejlbehæftede resultater ville kunne have en negativ påvirkning på adherenceniveauet blandt statinbrugere. Disputten kulminerede i marts 2014, da *BMJ* afviste at trække artiklerne tilbage. Stort set alle nationale medier i Storbritannien dækkede sagen (Matthews et al. 2016: 1).

Resultatet viste, at der ingen nedgang var i antallet af nye statinbrugere, hverken i relation til primær eller sekundær forebyggelse. Derimod var der en statistisk signifikant nedgang i antallet af allerede statinmedicinerede patienter. Der var et relativt fald på 12% og 11% for statinbrugere i henholdsvis primær og sekundær behandling. Dog viste undersøgelsen også, at denne effekt havde fortaget sig efter et halvt år.

Den senest publicerede artikel, der er medtaget i denne afhandling, og som fokuserer på mediepåvirkning og statiner, er en dansk undersøgelse. Artiklen er et resultat af LIFESTAT-projektet og omfatter disciplinerne Folkesundhedsvidenskab og Medievidenskab. Den er skrevet af undertegnede i samarbejde med Margit Kriegbaum og Helle Waallach-Kildemoes med Kriegbaum som hovedforfatter.

Undersøgelsens fokus er at afprøve sammenhængen mellem en artikel bragt i avisen BT og et eventuelt fald i adherenceniveauet som følge af artiklen. Der er altså tale om effekten af en enkeltstående avisartikel. Artiklen blev bragt d. 22. juli 2008 og havde overskriften "Kolesterol-medicin kan ødelægge dit sexliv" og var også at finde på avisens hjemmeside (se bilag A8). I artiklen omtales det, at omkring 20% af alle statinbrugere oplever impotens eller manglende sexlyst. Tallet er ikke videnskabeligt eftervist i nogen kendte undersøgelser.

Resultaterne viste, at statinbrugere i primær behandling var mere påvirkelige over for mediebudskabet end statinbrugere i sekundær behandling. Der var således et fald i antallet af brugere i primær behandling på 3,54 procentpoint, mens faldet i antallet af brugere i sekundær behandling lå på 1,98 procentpoint. Blandt statinbrugere, der lige var begyndt i behandling, lå faldet på 2,97 procentpoint. Der var ingen signifikante forskelle i antallet af afbrudte behandlinger i relation til køn og alder (Kriegbaum et al. 2017: 6-7).

Konklusionen er derfor:

Statin discontinuation increased in 2008 following a media event, but especially among individuals prescribed statins for primary prevention. New statin users had a larger increase in statin discontinuation compared to long-term statin users. The results may reflect medicine users weighing of the benefits of medicine therapy compared to side effects during intense media attention on statin-side effects.

(Kriegbaum et al. 2017: 9).

Selvom undersøgelsen udelukkende er baseret på registerdata, peger konklusionen i samme retning som alle de ovenfor omtalte artikler. Der synes at være en sammenhæng mellem negativ medieomtale af statiner og et faldende adherenceniveau. Påvirkningen er størst blandt brugere, der ikke har en hjerte-kar-lidelse. Artiklen kaster nyt lys over sammenhængen mellem medieindhold og statin-adherence, da der i denne undersøgelse er belæg for, at en enkelt avisartikel synes at have indflydelse på niveauet af adherence. Noget som ikke er påvist tidligere.

Det herskende synspunkt i de fleste af ovennævnte artikler er, at medieomtale har en negativ adfærdsmæssig effekt på statinbehandlingen. Denne negative effekt skyldes udelukkende, at de som udgangspunkt antager, at statinbehandling er en positiv behandlingsform. Det ligger implicit indlejret i mange af artiklerne, at medicinering er det eneste alternativ til nedbringelse af et forhøjet kolesteroltal, og at kolesteroltallet ikke må være for højt. Dermed er det præmissen for undersøgelsen, der definerer medieeffekten som negativ. Er man tilhænger af mindre medicinering og mere motion og eventuel kostomlægning inden en medicinering, ville medieeffekten kunne anskues langt mere positivt. Det skal tilføjes at medierne, som påpeget af Niederdeppe et al. (2013), Kruger et al. (2015) samt Nielsen og Nordestgaard, også kan øge adherenceniveauet. Kruger et al. (2015) tilføjer, at medieindhold kan være med til at skabe bekymring og skyld hos statinbrugerne, mens Niederdeppe et al. (2013) påpeger, at statinbrugernes mentale tilstand påvirkes. Det interessante i denne sammenhæng er, at netop de to sidstnævnte artikler er publiceret med udgangspunkt i en humanistisk kommunikativ tilgang. De resterende artikler er enten skrevet inden for det samfundsvidenskabelige og/eller sundhedsvidenskabelige felt. Det er således bemærkelsesværdigt, at det udelukkende er på for det kommunikative felt, at man har en bredere forståelse af medieeffekt. Her undersøges den simple affektive effekt på lige fod med den mere avancerede adfærdssædrende effekt. Det vidner om, at effekt i en humanistisk ramme alt andet lige opfattes mere nuanceret end inden for de andre nævnte forskningstraditioner, hvor medieeffekt udelukkende sidestilles med adfærdssændringer. Denne forskel i en videnskabelig forståelse af effekt er også evident i dette værk, som befinder sig på det humanistiske felt og skelner mellem kognitiv, affektiv, holdningsmæssig og adfærdsmæssig påvirkning.

Selvom resultaterne generelt peger i en negativ retning, er det ikke den entydige sandhed om, hvorledes individet benytter medierne som en ressource i forhold til at holde sig informeret om sundhed. Derfor er det efterfølgende kapitel en yderligere uddybning af sammenhængen mellem individet, medierne og sundhed. Hvordan benytter individet medierne til at holde sig orienteret og opdateret om sundhed og eget helbred?

5. Medier og sundhed

Det er sandsynliggjort, at mediernes indhold har en betydning for statinpatienternes tilgang til deres egen behandling. Positiv eller negativ omtale af statiner synes at påvirke antallet af udskrevne recepter og graden af adherence i hver deres respektive retninger. Samtidig er der en tendens til, at negativ medieomtale for visse patientgrupper er med til at generere usikkerhed og bekymring. Denne mediepåvirkning, beskrevet specifikt for gruppen af statinpatienter, skal nødvendigvis ses i lyset af det generelle sundhedsrelaterede indhold i medierne. Modsat det meget snævre empirigrundlag og den tilsvarende begrænsede teoridannelse inden for medier og statiner, er der på området medier og sundhed tale om meget omfattende studier, der dækker en lang række fagområder. For at skabe fokus i dette konglomerat af værker anlægger afhandlingen en tostrengt strategi i relation til en litteraturhåndtering, hvor den overordnede medieteoretiske tilgang præsenteres først, og den mere specifikke litteratur omhandlende medieindhold og patientroller præsenteres til sidst. Kapitlet vil således være en diskussion af teorier, undersøgelser og tekster, der samlet vil bidrage til at afklare afhandlingens tilgang til og forståelse af forholdet mellem medier og sundhed.

Den omfangsrige teoridannelse og de mange undersøgelser på området medier og sundhed gør det nødvendigt strategisk at udvælge teorier og undersøgelser på baggrund af en mere stringent tilgang, der tilgodeser og understøtter afhandlingens framing-teoretiske udgangspunkt. Dette sker for at bevare fokus, samtidig med at mindre relevante tekster og teorier vil kunne fravælges til trods for aktuelle pointer eller plausible forklaringer.

Et af de nye og meget centrale værker inden for framing-traditionen er Charles L. Briggs og Daniel C. Hallins⁴⁴ *Making Health Public* fra 2016. I bogen undersøger de to forfattere sammenhængen mellem medier og sundhed i et forsøg på at afdække den dybere kulturelle forståelse af medier, sundhed og sygdom set i lyset af den moderne nyhedsdækning, som den kommer til udtryk primært i den trykte presse. Briggs og Hallins værk er modsat framing-traditionens normalt relativt snævre fokus på enten afsender, budskab eller modtager et meget omfattende værk, idet der fokuseres på alle tre elementer. Det betyder, at værket, som beskrevet i det indledende framing-afsnit, beskæftiger sig med både medieret og individuel framing. Det sker ved at undersøge mediernes indhold generelt og ved samtidig at undersøge enkelte modtageres reception af medieindholdet. Samtidig anskues framing både som en afhængig variabel, når pressens fremgangsmåde og metoder undersøges, og som en uafhængig variabel ved brug af indholdsanalysen. Bogen fremstår ikke alene via den metodiske tilgang som et af de mest grundige og omfangsrige bud på et medie- og sundhedsrelateret værk, men også ved at være nyskabende i forhold til teoridannelse, blandt andet ved at indføre begrebet *biomedialisering*.

Værket benytter et langt stykke hen ad vejen samme metodiske tilgang som denne afhandling ved både at anvende indholdsanalyse og receptionsanalyse. Bogens brug af institutionsanalyse er den eneste afvigelse fra indeværende projekt. Samtidig benytter Briggs og Hallin Bourdieus forståelse af feltterminologien, når journalistiske, medicinske og sundhedsmæssige institutioner analyseres, hvilket ligeledes er i tråd med denne afhandlings tilgang til beskrivelse af disse institutioner. Endelig lægges der primært vægt på en analyse af de trykte mediers betydning for den generelle sundhedsopfattelse blandt den brede befolkning, præcis som i dette projekt. Derfor tjener *Making Health Public* som inspirationskilde til opbygningen af dette kapitels fokus på medier og sundhed og som et pejlemærke i forhold til de emner, som kapitlet tager op til nærmere undersøgelse. Kapitlet er disponeret på følgende vis:

- **Biomedialisering** – En redegørelse for hvorledes medikalisering og medialisering som tendenser tænkes syntetiseret i relation til Bourdieus feltteori. Disse to centrale paradigmers anvendelighed i relation til afhandlingen operationaliseres i dette afsnit, således at de kommer til at udgøre

⁴⁴ Charles L. Briggs er professor i socialantropologi med speciale i medicin og lingvistik ved Department of Anthropology, University of California, mens Daniel C. Hallin er professor i kommunikation med speciale inden for journalistik og politisk kommunikation samme sted.

baggrunden for det samlede felt af sundhed og medier. Et felt som går under den samlede betegnelse "biomedialisering" (Briggs og Hallin 2016).

- **Patientroller** - Her belyses det, hvordan brugen af medier og de heri generede anskuelser om sundhed konstituerer sig som roller, der kan danne rammen for den enkelte patients personlige identitetsarbejde i relation til det gode og sunde liv. Afsnittet vil forsøge at opridse forskellige versioner af patientrollen, som den er beskrevet i primært de trykte medier, og samtidig forsøge at knytte disse roller til tidligere beskrevne socioøkonomiske determinanter.
- **Motivation for fokus på de trykte nyhedsmedier** - Vil være en kort beskrivelse af og motivation for anvendelse af de medier, der indgår i indholdsanalysen – det sker ved at fokusere på de forskningsmæssige traditioner samt medievanerne for populationen i denne afhandling. Afslutningsvis beskrives karakteristika for de enkelte medier, der indgår i indholdsanalysen.

Tanken med kapitlet er at beskrive og sandsynliggøre teoretiske perspektiveringer af de efterfølgende empiriske kapitler. De i kapitlet overordnede teoretiske anskuelser vil på denne vis kunne tjene som en del af forklaringsrammen for afhandlingens resultater.

5.1 Medialisering og sundhed

I afsnittet om sundhed blev begrebet medikalisering beskrevet som en tendens til *”at større og større dele af menneskelivets reaktioner og livsfaser defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme”* (Hvas 1999: 5784). På samme måde beskriver Briggs og Hallin, hvorledes medierne parallelt med medikaliseringen også får en større og større betydning for det enkelte individ. Denne tendens omtales med begrebet medialisering, som defineres på følgende vis:

Mediatization refers to transformations occurring as media become increasingly central to social life.

(Briggs og Hallin 2016: 9)

Denne simplificerede definition af medialisering som en naturlig udvikling i det senmoderne samfund, mener Briggs og Hallin dog er for snæver og henviser til en udvidet diskussion af emnet i tekster af blandt andet Stig Hjarvard (Briggs og Hallin 2016: 19). Selv afstår de fra en mere specificeret definition, men nævner, at begrebet oprindeligt stammer fra forskning i politisk kommunikation og fremhæver her Bourdieus tanker om, at medieinstitutionerne løbende er blevet mere autonome og magtfulde og dermed over tid er kommet til at dominere andre af samfundets institutioner. Hjarvard udtrykker det således:

Medialiseringen skal i lyset heraf forstås som en dobbeltsidet proces, hvor medierne på den ene side har udviklet sig til en selvstændig institution, således at andre kultur- og samfundsinstitutioner må tilpasse sig eller underordne sig mediernes styringslogik. På den anden side er medierne blevet en integreret del af andre institutioners virksomhed, herunder politik, arbejde, familieliv, religion m.m., hvorfor stadig flere aktiviteter i kultur og samfund udøves gennem såvel gamle som nye medier. Medierne er på en og samme tid inden i samfundet og kulturen og en selvstændig institution, der står imellem de øvrige kultur- og samfundsinstitutioner og koordinerer disse institutioners indbyrdes interaktion.

(Hjarvard 2009: 5)

Medialisering udviser på denne samfundsdominerende og definerende vis en dualitet, hvor mediernes modus indoptages i andre institutioners ageren. Institutionerne er på den ene side nødt til at benytte de i medierne herskende diskurser og udtryksformer for at kunne markere sig i netop medierne, og på den anden side benytter institutionerne samtidig medierne som en naturlig del af deres egen kommunikation både internt og eksternt.

Hjarvard benytter Bourdieus feltteori (jf. afsnittet om livsstil), når han beskriver, hvorledes medialiseringen påvirker andre felter. Hjarvard sidestiller her institutioner med *felter*, idet han forklarer, at:

*På et teoretisk plan kan man belyse mediernes betydning som fælles ressource eller interface ved at anskue samfundets forskellige institutioner, herunder medierne, som felter...
...dvs. som sociale områder præget af en vis autonomi og indre struktur, hvor aktører befinder sig i bestemte positioner i forhold til hinanden.*

(Hjarvard 2009: 26)

Det betyder, at medierne som alle andre felter rummer både en autonom pol, som er kernen af feltets egen logik, og en heteronom pol, hvor andre felters påvirkning øver deres indflydelse. Den autonome pol på mediefeltet er kendetegnet ved at være den professionelle journalistik med presseskik og relevanskriterier, mens den heteronome pol er kendetegnet ved reklamering, politisk indblanding og ønsket om høje læser- eller seertal (Hjarvard 2009: 5).

Andre felter indeholder på samme vis en autonom og en heteronom pol. Kendetegnet ved medialiseringen er, at medierne i stigende grad påvirker den heteronome pol på flere og flere felter. På sigt kan medieindflydelsen ende med også at påvirke et felts autonome kerne, hvorved feltet mister sin autonomi. Christensen giver et glimrende eksempel på, hvorledes medialiseringens påvirkning af sundhedsfeltet kan medføre tab af autonomi og ikke mindst troværdighed. Hun forklarer:

På sundhedsområdet kunne det eksempelvis betyde, at forholdet mellem læge og patient ville ændre sig på grund af et højere informationsniveau fra patientens side som følge af dennes øgede adgang til information om sundhed på internettet; eller det kunne betyde, at borgerne enten undlod at opsøge egen læge og forlod sig på deres medierede viden, eller omvendt at de havde brug for langt flere lægebesøg for at få styr på de mange og til tider modstridende oplysninger om sundhed på internettet – alt sammen med konsekvenser for fx opfattelsen af både anvendeligheden og troværdigheden af den lægevidenskabelige ekspertise og institution som sådan.

(Christensen 2013: 106-107)

Den ressource af viden, som medierne i dag udgør og giver adgang til, undergraver på denne vis den lægevidenskabelige autonomi, præcis som beskrevet i forrige afsnit, hvor Giddens påpegede, at den eksplosive akkumulering af viden indsnævrer den praktiserende læges ekspertområde.

Ved at drage lægevidenskabens troværdighed i tvivl påvirker medierne i realiteten sundhedsfeltets autonome pol, der jo netop som på mediefeltets ditto er kendetegnet ved professionalisme, integritet og standardiserede uangribelige arbejdsmetoder. Det er i lyset af et sådant troværdighedstab ikke overraskende, at der stilles spørgsmålstejn ved anvendeligheden af anbefalinger og forebyggende initiativer, som f.eks. når Beck forholder sig tvivlende over for brugen af grænseværdier. I sin yderste konsekvens kunne hele tanken om den personlige risikovurdering dermed lige så vel bero på indholdet af tilfældigt opsøgte medier som på dokumenteret information fra lægen.

Medialisering synes altså at have en negativ påvirkning, når sundhedsfeltets autonome pol påvirkes, men generelt er det dog umuligt at afgøre, om medialisering har iboende negative eller positive konsekvenser for et felt. Det må komme an på en specifik analyse af medie og felt (Hjarvard 2009: 14).

Medialiseringens stigende professionalisering betyder, at specielt medierne er gået fra at være redskaber, der servicerede andre institutioner, til at være en selvstændig institution. Her tænkes først og fremmest på en udvikling fra midten af det 19. århundrede, hvor partipressen var det typiske eksempel på mediernes servicering af andre institutioner, hvilket kendetegner tiden frem til midten af 1920'erne. Frem til slutningen af 1980'erne blev medierne anskuet som en kulturinstitution, der primært skulle tjene almenhedens interesser. Grundlæggelsen af statsradiofonien og fremkomsten af omnibuspressen fremstår som de typiske eksempler. Ved slutningen af 1980'erne blev monopolbruddet på radio-/tv-området startskuddet til indførelse af en øget medieprofessionalisme. Grundet stigende kommericalisme og en mere udpræget konkurrence som følge af et langt mere differentieret marked resulterede det i et langt større fokus på servicering af publikum. Typiske eksempler er segmentpressen, mobile medier og internettet. Den øgede kamp om publikum gør, at medierne ikke længere servicerer hele nationen og dens institutioner, men dyrker egne principper og målgrupper og derved kommer til at udvikle sig til en selvstændig institution. Udviklingen er beskrevet af Hjarvard (2008; 2009) samt Schultz (2006).

Den øgede markedsorientering får medierne til at koncentrere sig om sin egen virksomhed med at servicere sit eget publikum. Der er tale om en øget modtagerstyring i medievirksomheden, hvor hensynet til modtagerne forstået som kunder har forrang frem for hensynet til samfundets øvrige institutioner. Aviser, radio, tv og internet skriver og taler fortsat om politik, kunst og kultur, men i mindre grad på disse institutioners præmisser eller ud fra en almen kulturel dannelseshorisont.

De øvrige institutioner er snarere blevet et råstof, som medierne trækker på i deres produktion af stof til eget publikum.

(Hjarvard 2009: 18)

Det kan med rette tilføjes, at medierne stadig og i stigende grad taler om sundhed, men at også dette felt har undergået en forandring i den tilgang, som medierne har til det. Der er ikke længere tale om, at sundhedsfeltet bliver serviceret, og budskaberne viderebragt af medierne, men at sundhed blot bliver et tilbud blandt mange andre. Et tilbud sammensat på mediets præmisser og professionelle inden for feltet. Christensen beskriver denne forandring i tilgangen til sundhedsfeltet inden for tv-mediet således:

...public service-kanalerne er gået fra primært at være formidlere af viden om sundhed, der stammer og henter sin legitimitet fra instanser og institutioner uden for tv-institutionen selv, eksempelvis fra lægevidenskab, sundhedsforskning og anden videnskabelig ekspertise, til at de selv i langt højere grad bliver producenter af en viden om sundhed, der skabes inden for tv-institutionens egne rammer og derfor er lavet under professionel hensyntagen til og finder sin legitimitet i kravet om at kunne tiltrække og fastholde flest mulige seere inden for bestemte målgrupper.

(Christensen 2013: 108-109)

Segmentering bliver således et af de mest udbredte styringsredskaber i den medieprofessionelle redskabskasse, når det gælder om at servicere modtageren. Ved at benytte helt specifikke målgruppedifferentieringsredskaber, som f.eks. Gallup Kompas, forsøger man at tilrettelægge sit medieindhold bedst muligt i forhold til den optimale fastholdelse af læser- og seertal. Livsstilsindhold bliver skabt på baggrund af livsstilssegmenteringens værdier.

Christensen nævner yderligere en tendens til, at medierne selv producerer viden inden for sundhedsfeltet i stedet for at trække på ekspertise udefra. Det sker ved at ansætte professionelle fra sundhedsfeltet i diverse redaktionelle stillinger, som blandt andet redaktører, eksperter eller kommentatorer. Kendte eksempler er læge Peter Qvortrup Geisling som redaktør på DR og Klinisk Professor Bente Klarlund Pedersen som brevkasseredaktør på Politiken. Sundhedsprofessionelle bliver på denne vis inddraget i produktionen af medierne. Inddragelsen af sundhedsprofessionelle sker altså i medieinstitutioner, hvis nyhedsindhold normalt er kendetegnet ved at være placeret i retning af den autonome pol.

Selvom medierne indoptager faglig medicinsk ekspertise i produktionen, hersker der imidlertid ikke tvivl om, at sundhedsfeltet er påvirket af medialiseringen. Briggs og Hallin benytter sig af termen *biomedicin*, når de taler om det senmoderne sundhedsfelt. De forklarer:

... biomedicine can be seen as characterized by the deepest form of mediatization, in which media personnel and logics are fundamentally integrated into institutions and practices of another social field. Clinical and public health institutions – from small community clinics to governmental agencies at all levels and international organizations – all have journalists in their staffs. “Media training” teaches health professionals, particular those occupying the most visible posts in their organizations, the practices and logics associated with journalism and public relations. Public health officials sometimes devote almost half of their time to responding to press inquiries and attempting to insert their “messages” into media venues.

(Briggs og Hallin 2016: 11)

Set i lyset af Hjarvards ovennævnte beskrivelse af medialisering synes sundhedsfeltet ikke blot at være underlagt mediernes styringslogik, men også i høj grad at have inkorporeret disse logikker i deres daglige arbejde. Det er, som det nævnes i citatet, svært at udgrænse medierne fra det moderne sundhedsfelt.

Medierne synes at være omnipresente. En tendens som Tanja Kamin (2007) også oplever, men hvor Briggs og Hallin anskuer sundhedsfeltet fra en strukturel synsvinkel med fokus på sundhed som institution, anskuer Kamin sundhedsfeltet fra et aktørperspektiv, hvor hun beskriver, hvordan sundhedsfeltet via medierne påvirker det enkelte individ. Hun mener, at medialiseringen af sundhedsfeltet har vundet indpas inden for fire områder:

- **Sundhedsjournalistik** – Artikler og journalistisk stof der beskriver sundhedsproblemer og -systemer.
- **Infotainment** – Livsstilsjournalistik primært i aviser, men også på tv.
- **Underholdningsprogrammer** – Tv-serier der dramatiserer sundhed.
- **Annoncering** – Eksplicitte offentlige kampagner og implicitte kampagner for produkter, der fremmer sundhed i form af f.eks. hudcremer, der giver sund hud.

(Kamin 2007: 123-124)

Ser man samlet på de fire områder af sundhed, Kamin nævner som værende påvirket af medialiseringen, synes de tre sidste at befinde sig inden for den mere heterogene pol af mediefeltet, mens sundhedsjournalistikken i sin rene og mest kritiske form hører ind under den autonome pol af mediefeltet.

Det bør i denne sammenhæng påpeges, at sundhedsjournalistikken er blevet en del af den kritiske journalistik. Sundhedsnyheder er ikke længere blot oplysningskampagner eller let livsstilsunderholdning i ugebladene. *The New York Times* trykker dagligt tre til fem sundhedshistorier, ofte med én af historierne på forsiden, mens *CNN* har ansat lægen Sanjay Gupta som redaktør for deres sundhedsstof (Briggs og Hallin 2016: 1-2). *The Globe and Mail*, hjemmehørende i Toronto og en af Canadas store nationale aviser, har ansat fem journalister på deres sundhedsredaktion (Gasher et al. 2007: 563). Inden for det mere infotainmentprægede område har det danske familieblad *Ude og Hjemme* tilknyttet hele 5 læger som faste skribenter. Der er altså tale om, at hvis medialisering på mange områder påvirker det medicinske felts autonome og heteronome pol, påvirker medikaliseringen også mediefeltets ditto. Briggs og Hallins undersøgelser viser, at flere redaktører tager sundhedsstoffet så alvorligt, at det automatisk indgår på en "top fem liste" over de meste bragte emner, og at sundhedsstoffet dermed figurerer på lige fod med de journalistiske relevanskriterier (Briggs og Hallin 2016: 1).

Derfor påpeger Briggs og Hallin også, at selvom medialisering og medikalisering i udgangspunktet er to modsatrettede tendenser, hvor begge felters logik påtvinges andre omgivende felter, så er det kun på overfladen, de to begreber virker modstridende, fordi det i praksis gælder, at:

If biomedicine is deeply mediatized, however, clearly it is also true that media are deeply biomedicalized. The widespread incorporation of media personnel and logics into biomedicine may blur the boundaries of biomedical professions but they also account to significant degree for the enormous social and cultural influence on biomedicine. This is manifested across many dimensions, from direct to consumer advertising to the involvement of pharmaceutical company public relations professionals in "disease awareness" campaigns and patient advocacy organizations and the production of on-line health information. Certainly the news media are no exceptions... Journalists rely heavily on public relations professionals employed by research, clinical, and public health institutions.

(Briggs og Hallin 2016: 12)

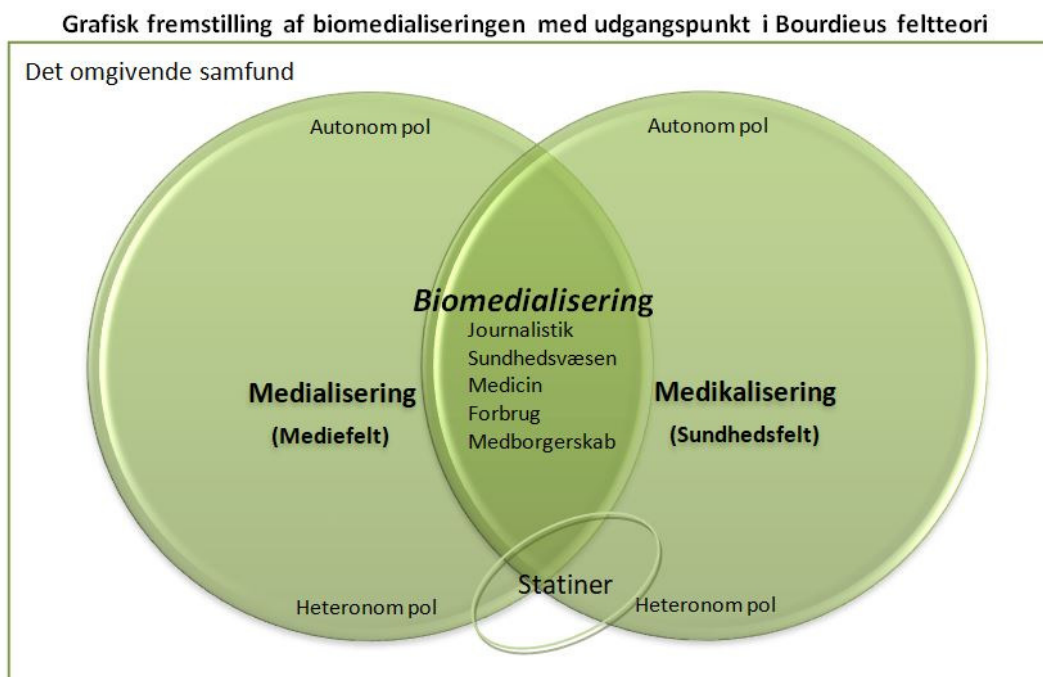
Grænserne synes altså at være udviskede for, hvor medialiseringen begynder, og hvor medikaliseringen ender. Derfor anvender Briggs og Hallin terminologien *biomedialisering*. Begrebet dækker over

produktionen af viden om sundhed, sygdom, borgerskab, immigration, etnicitet og stat produceret af både sundheds- og medieprofessionelle inden for en medieskabt sfære. Deres pointe er, at:

Biomediatization, then involves neither the colonization of media by biomedicine, nor the other way around, but the creation of a complex field of boundary-objects and hybrid practices.

(Briggs og Hallin 2016: 207)

Anskuelsen er, at sundhed og sundhedsnyheder er en del af et fælles interesseområde, som både journalister og sundhedsprofessionelle deler. Dette fællesskab binder to ellers synligt forskellige kulturelle felter sammen til et konglomerat af interesser, der dækker områder som journalistik, sundhedsvæsen, medicin, forbrug og medborgerskab. Grafisk kan det fremstilles på følgende vis:



Figur 15

Figur 15 er en omtrentlig gengivelse af biomedicaliseringens feltrelation til medialisering og medikalisering. Gengivelsen er ikke repræsentativ for det aktuelle størrelsesforhold felterne i mellem. Samtidig er placeringen af felterne indbyrdes, og deres forhold til polerne er ikke udtryk for en endelig placering, men en begrænsning i forhold til en mulig visualisering. Statinfeltet er medtaget for at beskrive, hvorledes det udgør en del af alle tre felter, men primært er det en del af medikaliseringen og et selvstændigt felt. Statinfeltets størrelse og dets placering nær den heteronome pol sker alene på grund af den grafiske gengivelses rummelige begrænsninger.

Uanset figurens visuelle begrænsninger er den med til at synliggøre, at biomedicalisering er en tendens, der er opstået på baggrund af en professionalisering inden for medier og sundhed, og hvor begge felter trækker på hinandens ekspertise i et forsøg på at optimere deres tilgang til publikum. Hjarvards pointe er netop, at andre institutioner grundet medialiseringen må underlægge sig mediernes logikker for at få deres budskab igennem. Den pointe synes sundhedsinstitutionen til fulde at imødekomme ved ikke blot at tale mediernes sprog og konstant få spalteplass, men også ved at være med til at definere sproget direkte gennem tilknytning til og ansættelse i medieinstitutionerne. Som beskrevet ovenfor, er der i tråd med den

allestedsnærværende medikaliserings inertie skete en øget ansættelse af sundhedsfaglige eksperter inden for medieverden, da medieinstitutionerne ved, at sundhedsstof værdsættes af deres publikum.

Biomedialisering kan derfor ses som et naturligt resultat af to modsatrettede tendenser og som en symbiose af to herskende felter, der for nærværende i større og større grad underlægger sig en lang række af samfundets andre institutioner.

Denne tendens til imødenkommenhed over for publikums ønsker og behov, som medialiseringen fordrer, manifesterer sig blandt andet i, at medierne benytter forskellige adresseringsmodi for at opnå den højeste grad af identifikation og troværdighed hos modtageren. Dette sker ved, at medierne benytter bestemte måder at frame sundhed og sygdom på. Modtageren bliver på denne vis i relation til egne behov sat i en bestemt position, hvor vinklen på historien fremmer bestemte måder, hvorpå modtageren kan forstå sig selv og egen tilgang til sygdom og sundhed.

Duffy og Thorson (2009) opstiller en model for forskellige adresseringer og identificerer tre udbredte tilgange. Visse befolkningsgrupper finder den *autoritative* adressering som mest troværdig, mens andre grupper finder den *kommenterende* eller den *selvoplevede* adressering i form af henholdsvis holdningspræget stof og øjenvidneberetninger mest troværdig. Det afgørende for medierne er, hvilken præference for adressering, målgruppen foretrækker, for derved at fastholde eller øge læzerskaren. Under ét kan man kalde denne tendens i medierne til at beskrive forskellige mulige modtagerpositioner for, at medierne tilbyder forskellige *patientroller* på baggrund af en række forskellige narrativer.

5.2 Patientroller i medierne

Den medicinske sociolog Clive Seale har gennem sine studier af sundhed i medierne (Seale 2002 og 2004) identificeret en række narrativer, som han mener, går igen i medierne. De fem forskellige sundhedsnarrativer tilbyder forskellige positioner, man som borger kan indtage. De fem narrativer udgør:

Seales fem sundhedsnarrativer

1. Faren ved det moderne liv I lighed med Giddens' og Becks tanker om risikosamfundet understreges det, at massemedier udstiller borgeren som offer for farerne ved det moderne liv. Frygten for usund mad, miljøkatastrofer, sygdomsudbrud, fejlslagne medicinske eksperimenter og operationer er alle med til at skabe et narrativ, hvor alle borgere er potentielle ofre for det moderne samfund.
2. Slyngler og tosser Enhver afvigelse fra sundhedsnormen udgør en trussel mod det raske individ. Hiv-smittede, psykisk syge og handicappede er typiske eksempler, men også forskere og medicinalfirmaer uden moralske bremses for forskning kan ses som potentielle slyngler og tosser, der truer vores samfund og er med til at skabe et narrativ, hvor bestemte mennesker udgør en risiko for den almindelige befolknings sundhed.
3. Offergørelse Generelt er alle borgere potentielle ofre, men børn bliver generelt fremstillet i medierne som de største ofre. Specielt fortællingen om det syge barn er et populært narrativ.
4. Den professionelle helt Ofte bringer medierne historier om den professionelle helt – lægen, som redder borgeren fra de færdige farer ved det moderne liv og ikke mindst de uberegnelige slyngler og tosser. De sidstnævnte kan meget vel være egne kolleger.
5. Hverdagens helte Et af de narrativer, der har vundet mere og mere indpas de seneste år, er fortællingen om de almindelige mennesker, der redder eget eller andres liv. Den mirakuløse overlevelse af en uhelbredelig sygdom eller den altruistiske organdonor er gode eksempler på hverdagens helte i dette narrativ.

Tabel 30

Narrativerne, som identificeres i tabel 30, repræsenterer alle forskellige måder, hvorpå det moderne individ bliver fremstillet i medierne. Mere specifikt kan man ved at se Seales kategorier mere overordnet konstatere, at der i praksis er tale om, at borgerne beskrives som enten ofre eller helte. Individet som offer for det moderne liv er i sin grundsubstans kendetegnet ved en lang række risici bestående af menneskeskabte sundhedstrusler eller en gruppe af syge og anløbne personer, der på skiftende vis udgør en trussel mod den kollektive sundhed. Over for denne position står narrativet om individet som helt. Enten i form af den sundhedsprofessionelle heroisk kæmpende mediciner, der redder andres liv, eller den ligeså heroiske borger der potentielt redder både eget og andres liv. Set i lyset af biomedicaliseringen synes disse narrativer at være en kende for simplificerede i deres offer-/helt-retorik. Til trods for deres vide udbredelse i medierne og mulige identificering i denne afhandlings indholdsanalyse beskriver Seales kategorier ikke nærmere, hvordan disse narrativer påvirker borgerne. Derfor er det nødvendigt at gå et spadestik dybere i analyseniveauet for at se, hvilken betydning vinklingen har for *patientrollen*. Hvilke positioner tilbyder de forskellige narrativer det enkelte individ som medskabere af egen sundhed?

Den medieskabte *Patientrolle* er ikke nødvendigvis udtryk for, at modtageren selv er ramt af sygdom, men blot et udtryk for, at medierne via deres framing af sundhed og sygdom skaber forskellige syn på, hvorledes borgerne i sundhedsnyhederne opfattes og adresseres. Blandt andet som nævnt ovenfor af Duffy og Thorson ud fra et ønske om at fremstå troværdig.

Samlet danner sundhedsnyhederne grundlag for forskellige syn på både den syge og den raske borger og fremstiller dermed forskellige repræsentationer af borgerne i relation til sundhed. *Patientrollen* er altså ikke i ordets bogstavelige forstand en rolle, som borgeren indtager i tilfælde af sygdom, men forskellige narrativer, subplots, skabeloner og tiltaleformer, der gentager sig selv på tværs af medier og historietype, og som er bestemte måder at forstå borgeren på i relation til sundhedsstoffet. *Patientroller* skal derfor i denne sammenhæng forstås som gentagne stereotype fremstillinger af borgerne på tværs af indhold og medieplatform, og som det enkelte individ efter behov kan identificere sig med.

Briggs og Hallin (2016: 25) forklarer, hvorledes de gennem analyse af tusinder af sundhedshistorier bragt i alle typer af medier har identificeret tre typiske tilgange til sundhed og individ. De kalder selv deres tredelte tilgang for en model over mulige *biocommunicable projections*. Her spiller de på dobbelttydigheden i ordet *biocommunicable*, der kan betyde både "biomedicinsk smitsomt" eller "kommunikation af biomedicin". Pointen er, at de tre identificerede *biocommunicable projections* er udtryk for, at biomedicinsk viden i sin tilrettelæggelse og ensretning i medierne virker smitsom i forhold til modtagerens opfattelse af egen sundhed. De tre biomedicinske tilgange bliver projiceret over på modtagerne og meget ofte accepteret af disse som mulige *patientroller*. Modsat Seale beskriver Briggs og Hallin udover typen af indholdet i medierne altså også den rolle, forskellige indholdstyper sætter patienten i, og samtidig hvordan indholdet tilegnes af modtageren. Af mangel på en bedre oversættelse og uden skelen til dobbelttydigheden i det amerikanske ordvalg samt det tvedelte analyseniveau vil ordet *patientrolle* blive anvendt i indeværende værk. De tre *biocommunicable projections* eller *patientroller*, som Briggs og Hallin identificerer (2016: 25-48), er:

Briggs og Hallins patientroller

1. Medicinsk autoritet:

Lægen ved bedst, og patienten forventes uden modargumenter at godtage informationen. Der er en hierarkisk tilgang til nyhedsstoffet, hvor videnskabsfolk og sundhedsprofessionelle didaktisk belærende og ofte repeterende inducerer deres viden til borgerne. Medierne er her klassiske serviceorganer, der blot viderebringer oplysninger. En typisk position og funktion, som medierne også varetog inden medialiseringen. Der gøres brug af direkte tiltale af modtageren, og kun sjældent kommer patienten til orde. Formen er stadig den mest udbredte, men den har de senere år mistet terræn i forhold de to andre *patientroller* nævnt nedenfor. Den autoritære tone understreges ofte af, at der ikke er modsatrettede argumenter repræsenteret i nyhedshistorierne, som ofte kan være små notitser eller længere features som for eksempel artikler om fornuften ved at gå i kolesterolbehandling⁴⁵.

Retning af information

Der er tale om en ensidig lineær kanyleteoretisk tilgang til viden, hvor informationen går fra forskere og læger via medierne til patienten. Sundhedsbudskabet skal blot introduceres for individet for på den måde at blive tilegnet. Typisk push-medier.

Patientrolle

Passiv – lægen/eksperten har ansvaret for patientens helbred. Den traditionelle patientrolle.

2. Patienten som forbruger:

Lægens ord spiller ingen rolle. Her er sundhed orienteret i forhold til individet som en rationel forbruger, der på baggrund af en række kvalificerede oplysninger træffer de rigtige valg. Mediernes rolle er at hjælpe med at træffe de bedste og mest rationelle valg og derved hjælpe med at undgå sygdomme, men også at maksimere frihed, velvære, livskvalitet og fremtid ved at medvirke til, at individet bliver sin egen *ekspertpatient* via netop medierne. Denne servicering af modtageren er et typisk eksempel på medialiseringen. Tilgangen betegnes ofte som neoliberal, og det er middelklassens behov, der fokuseres på. Paradokset er, at sundhedseksperterne ikke er enige, og derfor er tanken om den optimalt objektive oplyste patient en utopi. Den neoliberale

⁴⁵ <https://www.dr.dk/levnu/krop/forskning-viser-ny-vej-kolesterolbehandling>

models forestilling om, at der findes objektive kilder uden interesser, som journalisten blot skal orientere sundhedsforbrugeren i forhold til, er mangelfuld og til tider naiv. Patienten-som-forbruger-artikler indeholder ofte praktiske råd og patientberetninger om at tage det rigtige valg. Der er tale om gør-det-selv- og livsstils-journalistik, der er billigt at producere med mulighed for at integrere annoncørindhold. Typiske eksempler findes i de fleste traditionelle medier i Danmark. Feminas detox-kur til hjemmebrug er et klassisk eksempel på damebladenes tilgang⁴⁶. Politikens *Forbrug og liv*-sektion og Jyllands-Postens ditto *Livsstil – nyheder om motion og sundhed* er gode eksempler⁴⁷.

Retning af information

Kompleks sammenhæng mellem videnskabsfolk, hjemmesider, nyhedsbreve, sociale medier, digitale opslagsværker og de traditionelle medier. Her er gensidige meningsudvekslinger med til at gøre kommunikationen tovejs. Både push- og pull-medier.

Patientrolle

Det aktive individ, der selv tager de afgørende beslutninger uden direkte indblanding fra de medicinske autoriteter. *Ekspertpatienten*.

3. Den offentlige sfære

I takt med biomedialiseringens udbredelse til andre sociale felter berøres disse felter af sundheds- og mediemæssige problemstillinger. Det gælder specielt inden for statens anliggender og på det private forbrugermarked, hvor "mangel på indgriben" og "brudte løfter" er gængse eksempler på historier. Den offentlige sfære omfatter også nyhedsrapportering om kontroverser mellem forskere (som tidligere omtalt for statiner). Vinklingen i disse sager sker på samme vis som nyhedsdækningen af sikkerhedspolitiske kontroverser. I disse debatter tjener medierne som observatører og giver publikum retten til selv at dømme. Da staten eller de private ofte har fejlet i disse sager, optræder journalisterne i rollen som dem, der skaber eller genskaber balancen i den sociale orden. Det sker ved at påtage sig ansvaret for at afgøre, hvilke informationer der tilflyder befolkningen, ved at afsløre hemmeligholdt information og ved kanalisere denne viden ud til publikum. Samlet sker det ofte på en måde, der er med til at påvirke den medicinske dagsorden. Skandalesager som Thorotrast og Bonelock⁴⁸ er typiske eksempler fra Danmark.

Retning af information

Der er ikke tale om en lineær transmission af viden, men om en meningsudveksling, hvor de involverede parter, en forsmået forælder, en vred forbruger eller en bekymret forsker kommer til orde via forskellige medier og kanaler. Værdien af de involverede parter indlæg beror ikke på videnskabelige argumenter, men på emotionelle værdier som "common sense", ærlighed og genkendelighed. Blanding af push- og pull-medier.

Patientroller

Den aktive borger, der træffer kollektive afgørelser omkring sociale værdier. Borgeren anses i denne rolle for at være ikke-patient og som en moralsk samfundsborger.

Tabel 31

Det skal her understreges, at disse beskrevne narrativer er medieskabte patientroller og ikke reelle patientroller, som blandt andet beskrevet af Martinsen et al. i *Patientperspektivet – En kilde til viden* (2012). Det betyder i praksis, at blandt andet *ekspertpatienten* også vil opsøge sin praktiserende læge i tilfælde af akut eller livstruende sygdom. Forskellen er, at de medieskabte patientroller befinder sig på et helbredsmæssigt niveau, hvor der er tale om beslutninger om livsstilsændringer eller præventive tiltag – ikke livsafhængige beslutninger. Det gør sig helt specifikt gældende på statinområdet, hvor publikum og specielt *ekspertpatienten* kan vælge at vægte kostomlægninger over for en livslang medicinering med

⁴⁶ <http://www.femina.dk/sundhed/kost-motion/10-tips-til-en-detox-kur-derhjemme>

⁴⁷ <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/> og <http://jyllands-posten.dk/livsstil/familiesundhed/sundhed/>

⁴⁸ <https://da.wikipedia.org/wiki/Thorotrast> og <https://da.wikipedia.org/wiki/Boneloc-sagen>

statiner. Det er uanset udfaldet et forebyggende valg og kan helt udelades, hvis man ikke ønsker at foretage valget. Til gengæld vil enhver praktiserende læge i en medicinsk konsultation anbefale statiner, hvis patienten foregående har været udsat for et hjerteanfald.

Som et typisk eksempel på en artikel, der hører ind under kategorien *den offentlige sfære*, og som omhandler statiner, nævner Briggs og Hallin en forsidehistorie bragt i New York Times d. 30. marts 2010. Artiklen, skrevet af journalisten Duff Wilson, har overskriften "Risks Seen in Cholesterol Drug Use in Healthy People"⁴⁹ og fortsætter derefter med følgende ordlyd i manchetten:

With the government's blessing, a drug giant is about to expand the market for its blockbuster cholesterol medication Crestor to a new category of customers: as a preventive measure for millions of people who do not have cholesterol problems. Some medical experts question whether this is a healthy move.

(Wilson 2010)

Selvom Briggs og Hallin navngiver artiklen fejlagtigt i deres kildeangivelse, er deres analyse af artiklen meget præcis. De anfører:

The story quotes the deputy director of the Food and Drug Administration's (FDA) Center for Drug Evaluation and Research, a pharmaceutical company executive, three researcher and a practicing cardiologist – representing different positions in the debate – and refers to a Lancet study. The Journalist, following a standard convention, identifies financial ties that some of the researchers have to the manufacturer. This kind of reporting maps a flow of information confined I biomedical institutions, but assumes that debate within this specialized realm will be contentious, and possibly subject to corruption by political and economic interests. It also grants the public a right if not a voice, at least to observe and judge.

(Briggs og Hallin 2016: 41)

Denne type meningsudveksling med involvering af medicinske professionelle fra alle hjørner af sundhedsfeltet er et typisk eksempel på, hvordan statinfeltet også er en del biomedicaliseringen. Artiklen understreger desuden den tidligere omtalte pointe om den manglende konsensus på statinfeltet forskerne imellem. Indholdsanalysen i denne afhandling vil identificere historier med lignende udformning og indhold i danske medier, hvor borgeren selv får mulighed for at træde ind i rollen som moralsk dommer over for etisk tvivlsomme medicinske beslutninger.

Overordnet set optræder de tre *patientroller* ikke altid i deres reneste form. Der er ofte tale om, at to eller alle tre måder at frame og tilrettelægge stoffet på er indeholdt i én enkelt historie. Denne brug af flere frames er også netop pointen ved biomedicaliseringen, idet en lang række af aktører; journalister, patienter, sundhedsprofessionelle, mediekonsulenter og lægfolk i en fælles koproduktion sammen skaber viden om sundhed (Briggs og Hallin 2016: 48). Medieindhold framet og vinklet på forskellig vis giver med andre ord publikum mulighed for at træde ind i forskellige *patientroller*. Alt efter målgruppe tilrettelægges adresseringen af modtageren, hvilket i praksis betyder, at de værdirelaterede data, der ligger til grund for målgruppeanalyserne, kommer til at determinere, hvordan individet adresseres. Med andre ord bevirker medicaliseringen med sin brug af segmentering, at mediestoffet præsenteres i overensstemmelse med sociodemografiske data, og at bestemte patientroller probabilistisk set oftere bliver tilbudt til visse dele af befolkningen end andre.

⁴⁹ http://www.nytimes.com/2010/03/31/business/31statins.html?rref=collection%2Fbyline%2Fduff-wilson&action=click&contentCollection=undefined®ion=stream&module=stream_unit&version=latest&contentPlacement=250&pgtype=collection

Det sker, fordi de enkelte medier prioriterer nyhedskriterierne forskelligt og derfor vinkler deres sundhedsstof på forskellige måder (Schultz 2006 og Seale 2002). Er mediet kendetegnet ved at bringe *konfliktstof*, benytter artiklerne ofte en tilgang, der understøtter en læsning, der kan rubriceres under den *offentlige sfære*, som f.eks. mange baggrundsartikler i BT. Sundhedsstof baseret på nyhedsværdien *identifikation*, som i for eksempel Ude og Hjemme, der er kendetegnet ved brugen af læserspørgsmål og efterfølgende svar fra kendte læger, vil ofte adressere publikum som en *medicinsk autoritet*. I Politikens livsstilstillæg er det primære kriterium for sundsstoffet, at det skal have *væsentlighed* for læseren, og man giver derfor gode råd, som læseren som forbruger selv kan til- og fravælge. Endelig skal det her nævnes, at nyhedskriterierne *aktualitet* og *sensation* typisk bliver vinklet som *medicinsk autoritet* i klassiske nyhedshistorier fra sundhedsfeltet bragt i aviser og radio/tv.

Der er selvfølgelig tale om en forenklet beskrivelse på denne vis at sidestille de enkelte patientroller med bestemte nyhedskriterier. Det skal derfor ikke forstås som en endegyldig gensidig definition af patientroller og relevanskriterier, men som en generalisering. I praksis er der ofte tale om, at de forskellige nyhedskriterier blandes med forskellige patientroller, præcis som understreget tidligere af Briggs og Hallin. Pointen med at inddrage prioriteringen af relevanskriterierne er at understrege, at de redaktionelle valg påvirker vinklingen og dermed patientrollen. På denne vis bliver de enkelte patientroller anvendt med forskellig frekvens i forskellige medier. Og dermed bliver det enkelte individ oftere eksponeret for bestemte roller alt efter hvilke medier, der er de foretrukne. Læsere af Ude og Hjemme vil således oftere blive præsenteret for den *medicinske autoritet* end Politikens læsere, der til gengæld oftere vil blive adresseret som *patienten som forbruger*. Det enkelte individs medievalg påvirker på denne vis, hvilke patientroller det bliver præsenteret for.

Det er som nævnt ovenfor til tider vanskeligt at identificere én bestemt patientrolle i de enkelte historier. Det samme gælder identifikation af, hvilke medier der oftest benytter hvilke patientroller. Der er tale om komplekse forhold, hvor en nøjere analytisk granskning af det enkelte medie er nødvendig. Generelt forholder det sig imidlertid således, at de medievalg, individet foretager, afgør arten af de patientroller, der tilbydes. Det vil derfor afslutningsvis i dette kapitel om medier og sundhed være naturligt at fokusere på de medievaner, målgruppen for denne afhandling (de 45-75-årige) har, for derigennem at kunne identificere og motivere de medier, der udgør samplet i afhandlingens indholdsanalytiske tilgang.

5.3 Motivation for fokus på de trykte nyhedsmedier

I forbindelse med LIFESTAT-projektbeskrivelsen (bilag A1) fremgår det af Specific Aim 2, at en indholdsanalyse bestående af sundheds- og statinrelaterede artikler bragt i danske aviser over en treårsperiode skulle underkastes en analyse på både kvalitativt og kvantitativt niveau. Det er ikke specificeret, hvor mange aviser, og hvorfor fokus skulle lægges på netop denne type medier. Derfor vil der i dette afsnit blive redegjort for anvendeligheden af den anbefalede tilgang. Der vil desuden blive redegjort for valget af de trykte medier, der udgør samplet i indholdsanalysen. Disse vil blive beskrevet i forhold til deres historik, generelle indhold, særlige karakteristika og kernelæsernes livsstil.

Indholdsanalyse af avisartikler er i et framing-teoretisk perspektiv en klassisk tilgang til at undersøge, hvorledes forskellige indholdstyper, herunder sundhedsstof, bliver præsenteret i medierne, og vil i denne sammenhæng blive beskrevet på to forskellige niveauer:

- Et teoretisk/metodisk perspektiv – hvor traditionen for at analysere avisindhold anskues i et medievidenskabeligt perspektiv.
- Et praktisk/statistisk perspektiv – hvor den danske befolknings medievaner benyttes som belæg for anvendelse af tilgangen.

Teoretisk/metodisk set har der inden for samfunds- og senere også medievidenskaben været en lang tradition, der kan dateres tilbage til første halvdel af 1900-tallet, for at analysere indholdet af trykte medier

(Jensen 2008: 78). Jensen kalder den kvalitative og kvantitative analyse af tekster for en af medieforskningens primære tilgange og et uundværligt redskab, når medieforskningen foretager fortolkninger af specifikke genstandsfelter (Jensen 2008: 60-61).

Seale påpeger, at traditionen inden for medievidenskaben med at analysere printmedier også gælder på medie og sundhedsfeltet (Seale 2004), mens Briggs og Hallin desuden understreger, at det moderne mediebillede er fragmenteret, men at de traditionelle mainstream-mediers indhold oftest er det indhold, der bliver recirkuleret i de digitale medier og på denne vis udgør referencepunktet for de moderne medier (Briggs og Hallin 2016: 14-15).

Udover fordelene i relation til denne afhandling ved at være referencepunkt for andre medier er de trykte medier desuden kendetegnet ved, at afsender umiddelbart kan identificeres, samt at denne medietype meget nemt lader sig indsamle og analysere (Seale 2004: 13).

Endelig skal det påpeges, at framing-teorien, som beskrevet tidligere, tager afsæt i agenda-setting-teorien, der som udgangspunkt ensidigt beskæftiger sig med nyheder, idet det antages, at der er en sammenhæng mellem nyhedsmediernes indhold og den offentlige opinion (Eskjær og Helles 2015: 34). Ud fra et teoretisk/metodisk synspunkt er det derfor helt naturligt, at der i LIFESTAT-projektets Specifik Aim 2 er fokuseret på aviser og dermed de trykte medier.

Ud over den medievidenskabelige tradition vil målgruppens medievaner være yderligere et argument for at benytte avisartikler som omdrejningspunkt for en analyse af diskursen på sundhedsfeltet. Målgruppen i LIFESTAT udgør grundet statinbrugernes alderskarakteristika de 45-75-årige. Det er for at kunne forstå denne aldersgruppes syn på sundhed og eventuelle patientroller nødvendigt at undersøge deres medieforbrug. Det skyldes ikke mindst tanken om, at medierne er med til at danne den offentlige opinion. Her er det ved en nøjere granskning af målgruppens mediepræferencer tydeligt, at alder spiller en afgørende rolle, men at aviser og dagblade generelt udgør den primære nyhedskilde. Det til trods for de generelt vigende oplagstal for trykte medier.

Kulturministeriet udgav i sommeren 2016 sin seneste undersøgelse af danskernes medievaner, og her var hovedpointen, at alder var en afgørende faktor for brugen af medier:

*Alder er den faktor, der betyder absolut mest i forhold til mediebrugen generelt...
For de traditionelle medier – tv, radio og trykte aviser – har udviklingen i befolkningen
samlet set de seneste år været relativt stabil. De unge har hele tiden brugt de
traditionelle medier mindre end de ældre, men forskellen mellem unges og ældres
mediebrug bliver større.*

(Slots- og Kulturstyrelsen 2016a: 3)

Således læser 2.034.000 danskere dagligt et dagblad, men der er meget stor forskel på dækningen forskellige aldersgrupper imellem. Dækningen er 25,2% for unge mellem 12 og 18 år, og 67,8% for de ældre på 71 år og derover (Slots- og Kulturstyrelsen 2016a: 3). Det er samtidig de ældste på 71+, der med et gennemsnitligt tidsforbrug på 2 timer og 53 minutter om måneden bruger mest tid på de landsdækkende dagblade (Slots- og Kulturstyrelsen 2016a: 30). I 2015 havde 90% af befolkningen mellem 16 og 89 år adgang til internettet fra deres hjem. Igen ses der meget store forskelle mellem de yngste og de ældste grupper. 97% i den yngste gruppe blandt de 16-24-årige havde adgang hjemmefra, mens kun 56% af de ældste mellem 75 og 89 år havde adgang til internettet i eget hjem (Slots- og Kulturstyrelsen 2016a: 31). 67% af den samlede befolkning kom via nettet i kontakt med dagbladenes indhold. Samlet set er pointen, at størstedelen af befolkningen er orienteret mod dagbladenes indhold, enten via en analog eller digital tilgang, men at den ældste gruppe foretrækker den analoge. Stort set alle befolkningsgrupper har adgang til internettet, bortset fra den absolut ældste gruppe som aldersmæssigt ligger uden for denne afhandlings fokusområde.

Duffy og Thorson påpeger, at denne forskel i mediebrug også gælder på sundhedsområdet. De forklarer, at:

...older people seek information on Sunday mornings, while younger adults search for entertainment on Sunday mornings. Thus health information in terms of news features in Sunday newspapers can be very valuable to one demographic but unseen by others.

...It seems clear that health communicators must be highly sensitive to variations in media use by different segments of the population.

(Duffy og Thorson 2009: 106)

Der synes med andre ord at være samme tendens på sundhedsområdet blandt den ældre del af befolkningen og dermed målgruppen i denne afhandling til hyppigere at bruge avismediet som informationskilde på sundhedsfeltet end blandt de yngre mediebrugere.

Endelig skal det nævnes, at der ses en forskel i kønnenes brug af de landsdækkende dagblade. Mænd er generelt de flittigste læsere af både landsdækkende dagblade og tabloidaviser. Således udgør mænd 53,5%, og kvinder 46,5% af læserne af dagbladene og henholdsvis 59,8% og 40,2% af tabloidaviserne (Slots- og Kulturstyrelsen 2016b: 25).

Set i lyset af Briggs og Hallins pointe om, at nyhedsmediernes indhold generelt er referencepunkt for de digitale medier, og med tanke på, at de nyhedsartikler, der udgør samplet for indholdsanalysen i denne afhandling, både har været bragt i en trykt og en digital udgave på de respektive avisers nyhedssites, må det kunne konkluderes, med danskernes og ikke mindst målgruppens medievaner in mente, at printavisernes nyhedsindhold er et oplagt fokuspunkt, når det kommer til en analyse af nyheder inden for sundhedsfeltet.

Målgruppens brug af internettet udgør også en interessant kilde til information, men det kan være svært om ikke umuligt at fastslå hvilke internetsites, der kunne udgøre et fælles referencepunkt, og derefter foretage en indholdsanalyse af disse sites. Samtidig vil det også være svært at fastslå, hvilken målgruppe disse sites henvender sig til og benyttes af. Denne mangel på identifikation af referencepunkter på internettet grundet de uanede mængder af sundhedssites beskriver Hesse med begrebet *data smog*. Han beskriver, at talløse sites' forskellige tilgange til sundhed har medført, at *data smog* er årsagen til, at 71,5% af den amerikanske befolkning følte, at der var så mange forskellige råd til at undgå hudkræft, at de ikke vidste, hvilke de skulle følge (Hesse 2009: 121).

Udover mængden af sites spiller troværdigheden af de enkelte sites også en rolle. Wright beskriver det på følgende vis:

A keyword search for a specific disease, such as breast cancer, will result in links to hundreds of Web sites that vary in terms of their intended audience, quality of information, and specificity of information about the disease.

(Wright 2008: 65)

Wright tilføjer, at der generelt mangler standarder og retningslinjer for sundhedssites, hvilket bevirker, at det er svært at skelne mellem forsknings-, medicinal-, interessegruppe- eller private sites. Fælles retningslinjer ville kunne tjene til at højne graden af troværdighed på de enkelte sites (Wright 2008: 66). I relation til dette projekt vil det rent praktisk være svært at identificere brugbare sundhedssites og samtidig afgøre troværdigheden af disse sites, hvorfor avisartikler, som Seale påpeger, er at foretrække, da de er langt nemmere at tilgå og afgøre troværdigheden af.

Efter således at have redegjort for anvendeligheden af trykte medier som fokus i indholdsanalysen vil det specifikke valg af medier i analysen blive motiveret. De metodiske overvejelser i form af popularitetssamplings betydning for valg af medier i indholdsanalysen er allerede blevet motiveret i metodeafsnittet, hvorfor denne gennemgang udgør den medievidenskabelige motivation.

Det er ikke specificeret i Specifik Aim 2, hvor mange aviser, der skal inddrages i indholdsanalysen, men som udgangspunkt var der i LIFESTAT-forskningsgruppen, som omtalt tidligere, enighed om én ting: Tabloid-avisen BT skulle indgå i samplet. Det skyldes ikke mindst avisens store fokus på sundhed. BT kalder sig selv "Danmarks sundhedsavis"⁵⁰. "Dagens Medicin" påpeger, at BT har opprioriteret sundhedsstoffet siden årtusindeskiftet. I en undersøgelse, foretaget for september måned i år 2000 og 2010, finder Dagens Medicin således, at antallet af forsider på BT med sundhedsrelateret indhold er steget fra 3 til 11. Ekstra Bladet gik i samme periode gik fra 0 til 1 forside. Samlet for de to tabloidaviser var der i 2010 93 artikler om sundhed mod 38 artikler i år 2000⁵¹. Det er en stigning på næsten 250%, og det lidt spinkle statistiske grundlag til trods et tydeligt eksempel på biomedicaliseringens opblomstring i samme periode.

BT's selvudråbte position som "Danmarks Sundhedsavis" var i forhold til afhandlingens genstandsfelt og antallet af artikler ubestridelig. Da der er ofte tale om historier viderebragt fra anden kilde – ofte Ritzaus Bureau⁵² - ville inddragelse af én af de andre landsdækkende dagblade i samplet være en repræsentativ modstilling til BT. Valget faldt som skrevet på Politiken, fordi de havde bragt flere artikler end andre dagblade, havde det højeste læsertal af alle dagblade⁵³, og endelig var Politikens læsere antipoder i forhold til BT's ditto i relation til livsstil. I forhold til Hjarvards pointer om medialiseringens påvirkning af indholdet i mediernes redigering af stoffet i overensstemmelse med læsernes behov måtte det derfor forventes, at de to avisers vinkling ville være af forskellig karakter.

Der var dog i avis-samplet en vis grad af diskrepans mellem læserprofil og det sundhedsmæssige fokus, da det som nævnt ovenfor primært er mænd, der læser aviser, og som nævnt i afsnittet om sundhed primært kvinder, der orienterer sig mod sundhedsstoffet. Det blev derfor besluttet at inddrage yderligere to trykte medier i samplet i et forsøg på at udligne kønsforskellen og samtidig få et bredere syn på sundhedsfeltet. Det skete ved at medtage to ugeblade i undersøgelsen. Ved at inddrage to ugeblade bliver sundhedsfeltet også beskrevet ud fra en mere underholdningspræget dimension end den rent nyhedsjournalistiske, som benyttes i aviserne.

Det blev besluttet, at Ude og Hjemme skulle medtages i samplet, da kernelæserne tilhører de traditionelle segmenter og samtidig bringer langt flere artikler om statiner og kolesterol end noget andet dansk ugeblad. Ude og Hjemme har desuden, som tidligere nævnt, 5 medicinske eksperter/læger tilknyttet redaktionen, der alle leverer indholdsmateriale. Det ville på denne vis være interessant med udgangspunkt i biomedicaliseringens teoretiske begreber at undersøge bladets brug af sundhedsprofessionelle i den redaktionelle proces. For igen at sikre diversiteten i tilgangen til stoffet blev endnu et ugeblad, der kunne tjene som supplement til Ude og Hjemmes segmentappel til de mere traditionelle læsere, udvalgt. Femina blev valgt, da bladet var med til yderligere at udligne kønsforskellen, er Danmarks næststørste kvindeugeblad, en del af Infomedia samt henvender sig til den fællesskabsorienterede og traditionelt fællesskabsorienterede målgruppe, som ikke var dækket i avis-samplet.

⁵⁰ Kilde: <http://www.bt.dk/motion/danmarks-sundeste-avis>

⁵¹ Kilde: <http://dagensmedicin.dk/sundhedsstof-fylder-mere-og-mere-i-medierne/>

⁵² Ritzaus Bureau A/S, ofte forkortet RB og Ritgau, er Danmarks største nyhedsbureau. Ritgau er baseret på et abonnementsystem, så bureauet mod betaling leverer nyheder til aviser, radio- og tv-stationer og websites.

⁵³ Kilde: Læsertal Index Danmark/Gallup 2.+3. kvartal 2014.

5.3.1 Aviserne i samplet

Det endelige sample bestod derfor af dagbladene BT og Politiken og som en udvidelse af genstandsfeltet Femina og Ude og Hjemme. De fire medier vil her afslutningsvis blive analyseret med henblik på at redegøre for deres historik, indhold, oplagstal og kernelæsere.

Anker Brink Lund omtaler BT og Politiken grundet deres relativt høje oplagstal som ”de fem i front” sammen med Berlingske, Jyllands-Posten og Ekstra Bladet, hvorefter han analyserer de fem aviser i det, der kaldes et publicistisk serviceeftersyn (Lund 2013: 17). Her beskrives de fem avisers overgang fra omnibusavis til segmentpresse som en del af medialiseringen. De fem dagblade med dertilhørende websider beskrives således:

*I jagten på at være først med det sidste refererer, citerer, låner og raner de fra hinanden i kollektive processer, der både har karakter af konkurrence og samarbejde. Samspillet kan således opfattes som en publicistisk fødekæde, der forbinder samfundsmæssige interesser med politiske beslutningstagere via journalistisk nyhedsformidling og redigeret debat...
...Det afgørende er, at disse dele af publicistikken tematiserer forhold og betydning for dansk politik, regionalt, nationalt og/eller i internationale organisationer. Derved kan kernepublicistikken i høj grad påvirke den offentlige meningsdannelse, som til gengæld også påvirker den journalistiske praksis.*

(Lund 2013: 24)

Med denne karakteristik understreges det, at de førende danske dagblade lever i et symbiotisk fællesskab, der til tider minder om den traditionelle kulturinstitutionelle servicering af andre institutioner, herunder samfundet og beslutningstagerne. Samtidig lever dagbladene af at imødekomme læsernes krav, og derfor ansætter de andre professionelle end journalister til det redaktionelle arbejde, noget, der er et udbredt fænomen inden for redigeringen af sundhedsstoffet i de udvalgte medier.

BT:

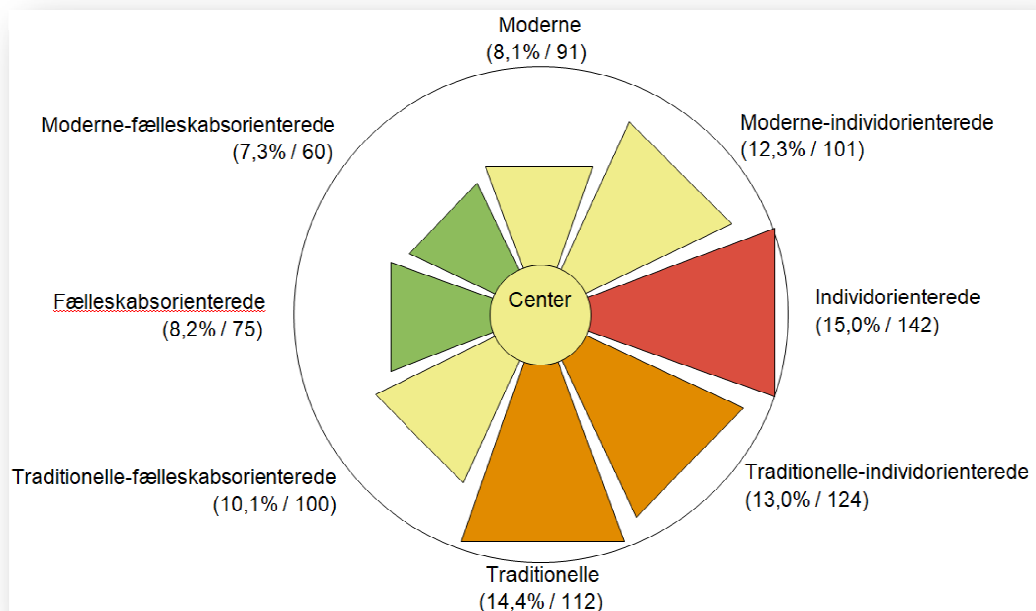
BT blev lanceret d. 31. august 1916 og var tænkt som et supplement til dækningen af 1. verdenskrig for det Berlingske Officin med den franske boulevard-stil som forbillede. BT var med sit halvformat den første tabloidavis i Danmark. En relancering i 1945 efter engelsk og amerikansk mønster sikrede avisen fremgang i læsertallene, men fra slutningen af 1980'erne begyndte disse at falde i lighed med de andre dagblade, og det resulterede i, at den administrerende chefredaktør ofte blev udskiftet (Lund 2013: 23). Det skete senest i sensommeren 2016, hvor BT fusionerede med gratisavisen Metroxpress i selskabet BTMX under Berlingske Media. Det er i dag den samme redaktion, der udgiver begge aviser⁵⁴. BT havde i 1. kvartal 2017 et læsertal på 117.000⁵⁵ på hverdage og 137.000 læsere af søndagsudgaven.

BT's målgruppe er den modne læser (primært mænd) i alderen 35-65 med egen bolig og hjemmeboende børn. Websiden bt.dk er målrettet den yngre læser på 18-45 år. BT's kernelæsere er primært centreret omkring de traditionelle individorienterede læsere. Se figur 16 nedenfor.

⁵⁴ Kilde: <https://www.berlingskemedias.dk/vores-historie/>

⁵⁵ Kilde: <http://tns-gallup.dk/statistik/laesertal>

BT's læsere segmenteret i forhold til Gallup Kompas



Figur 16

Ud over sundhed fokuserer BT deres indhold på dansk nyhedsstof, sport, underholdning og krimi i tabloidformat⁵⁶. Biomedialiseringen har også påvirket redaktionen på BT, idet man benytter cand. scient i Human Fysiologi Chris MacDonald og kostvejleder Lene Hansson som meningsdannere og selvbestaltede livsstilseksperter på sundhedsområdet.

Politiken:

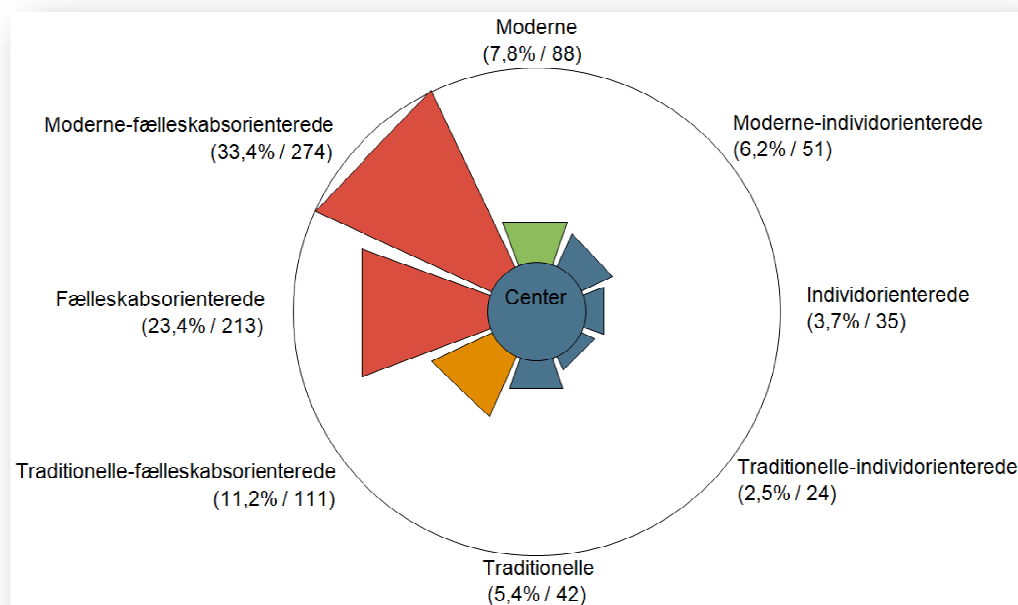
Politiken blev etableret i 1884 under redaktionel ledelse af Viggo Hørup og George Brandes, og det var først i 1905, avisen under Henrik Cavling blev en partiavis med tilknytning til Det Radikale Venstre. Avisen blev drevet efter amerikansk forbillede og blev efter første verdenskrig boykottet af københavnske annoncører og måtte derfor opdyrke et nyt segment af annoncører og dermed også læsere i provinsen. Strategien lykkedes, og i 1950 havde man et oplagstal på 316.000 for søndagsudgaven. Springet til omnibusavis blev foretaget i 1956, hvor avisen udsendte et uafhængighedsmanifest og dermed løste de politiske bånd til Det Radikale Venstre. I 1973 blev Politikens Hus omdannet til en fond, og i 1994 blev Politiken Online introduceret (Lund 2013: 20). I dag udgives Politiken af JP/Politikens Hus efter en sammenlægning af Politiken, Ekstra Bladet og Morgenavisen Jyllands-Posten i januar 2003. Avisens omtales som uafhængig socialliberal (Lund 2013: 21), og er, som det fremgår af figur 17, koncentreret omkring det moderne fællesskabsorienterede segment.

Politiken havde i 1. kvartal 2017 et læsertal på 255.000 på hverdage og 309.000 læsere om søndagen⁵⁷. Politikens faste sundhedsbrevkasse redigeres af klinisk professor Bente Klarlund Pedersen, mens cand.comm. i journalistik Lars Igum Rasmussen er sundhedsredaktør.

⁵⁶ Kilde: <https://www.berlingskemedi.dk/?brands=bt>

⁵⁷ Kilde: <http://tns-gallup.dk/statistik/laesertal>

Politikens læsere segmenteret i forhold til Gallup Kompas



Figur 17

De to aviser i samplet adskiller sig således primært ved at henvende sig to diametralt modsatte målgrupper. Politiken i det nordvestlige og BT i det sydøstlige. Hvor Politiken henvender sig til gymnasielæreren, henvender BT sig til funktionæren og den selvstændigt næringsdrivende (Bondebjerg 2001: 254). Begge aviser er politisk rundet af deres fortid og er ligeledes her modsatrettede. Politiken udspringer, som nævnt ovenfor, af den radikale partipresse og er stadig populær blandt radikale vælgere, men er også hoforgan blandt danskere, der stemmer på Enhedslisten, Socialistisk Folkeparti og Enhedslisten⁵⁸. Ifølge Bondebjerg (2001: 254) fandt BT op i gennem 1900-tallet sit ståsted i højredrejet populisme. Avisen appellerer i dag primært til Dansk Folkepartis og Venstres vælgere⁵⁹. Ud over læserskaren og indholdet er også formatet forskelligt de to aviser imellem. BT var den første danske avis, der udkom i tabloidformatet 30 x 42 centimeter (Lund 2013: 22). Politiken har trods en forsøgsordning i 2004 (Jørgensen 2016: 614) som en af de eneste danske aviser beholdt broadsheet-formatet på 42 x 60 centimeter.

Endelig omtales begge aviser generelt som tilhørende de dagblade, der udgør hovedstadspressen, ikke mindst grundet redaktionernes placering i København (Bondebjerg 2001: 247). Selvom Politiken for eksempel omtaler sig som landsavis, er det en sandhed med modifikationer, idet mere end 70% af oplaget sælges i de dele af Sjælland, der ligger tættest på hovedstaden (Jørgensen 2016: 602). Et forsøg på at opbygge en læserskare i provinsen kuldsejlede i 1990'erne, hvor ønsket om at opbygge en slagkraftig redaktion i Aarhus måtte opgives (Jørgensen 2016: 603).

For begge dagblade gælder det, som tidligere nævnt, at de i forbindelse med overgangen fra partiavis til omnibusavis har fokuseret på at servicere deres læsere, og at de i den proces har skåret i det traditionelle

⁵⁸ Kilde: TNS Gallup 2011, for Kasper M. Hansen, Karina Kosiara-Pedersen og Rasmus Tue Pedersen, Institut for Statskundskab ved Københavns Universitet

⁵⁹ Kilde: TNS Gallup 2011, for Kasper M. Hansen, Karina Kosiara-Pedersen og Rasmus Tue Pedersen, Institut for Statskundskab ved Københavns Universitet

politiske stof (Bondebjerg 2001: 247). En tendens der yderligere blev forstærket ved overgangen til segmentpresse.

Lund (2013: 108) problematiser, at dagbladene på denne vis kan ende som ekkomedier og indholdsmæssigt give deres respektive læsere det, redaktionerne forestiller sig, at deres betalingsvillige publikum ønsker at orientere sig imod. Han forklarer i lighed med Bondebjerg, at denne servicering af læseren i overensstemmelse med præmisserne for medialiseringen også omfatter indhold af segmentknusende karakter, som f.eks. livsstilsindhold på social- og sundhedsområdet. Problemet er, at livsstilsindholdet kommer til at skygge for det politisk og samfundsmæssigt dannende indhold og dermed besværliggør den underforståede præmis for nyhedsmedierne – dannelsesprojektet af det enkelte individ til oplyst samfundsborger.

Kristensen og From (2012) bekræfter denne tendens til en opprioritering af livsstilsjournalistikken. De skelner mellem *hårde* og *bløde* nyheder. Her er der tale om, at hårde nyheder er orienteret imod den offentlige sfære, og bløde nyheder mod den private ditto. De hårde nyheder er desuden kendetegnet ved behovet for øjeblikkelig publicering (ofte breaking news), mens bløde nyheder ikke har samme tidslige behov (Kristensen og From 2012: 28). Kristensen og From (2012: 28) identificerer livsstilsnyheder som bløde nyheder, da disse i deres natur generelt er udformet som forbrugerorientering af det enkelte individ inden for den private sfære, med fødevarer og sundhed som nogle af de primære emner. Pointen er, at aviserne grundet en udbredte journalistisk doxa på det hårde nyhedsfelt bringer de samme historier. Denne enslydende tolkning af nyhedskriterierne medfører, at de bløde nyheder bliver des do mere attraktive at fokusere på, da deres udbredte emnedifferentiering og forskellige tolkningspotentiale bliver det mest iøjnefaldende stofområde at profilere sig på. På et stadigt mere kompetitivt mediemarked kan den enkelte avis langt nemmere profilere sig på typen og vinklingen af deres bløde nyheder. Forskellige tilgange til sundhed og benyttelse af forskellige eksperter vil, som analyseafsnittet senere vil demonstrere, typisk være måder at profilere sig på. Bente Klarlunds holistiske sundhedsopfattelse står f.eks. i stærk kontrast til Chris MacDonalds individbaserede ditto og de to skribenter er dermed stærke markører over for læseren af, hvilken forståelse af sundhedsfeltet der praktiseres i de to respektive aviser.

5.3.2 Ugebladene i samplet

De danske ugeblade er ikke kendetegnet ved at være nyhedsmedier, da de som oftest har en lang produktionstid på op til 6 uger (Poulsen 1995: 1). De har desuden en markant overvægt af historier inden for den private sfære og kan derfor primært karakteriseres som værende orienteret imod bløde nyheder. Poulsen mener imidlertid, at de opfylder et alternativt nyhedsbehov hos deres læsere, og at de gennem overskrifter som "nyheder" eller "siden sidst" forsøger at supportere behovet for aktualitet.

Mange af disse sider handler om nye produkter: varer, bøger, film, eller omtaler af teaterpræmierer og andre kulturelle begivenheder, men også videnskabelige resultater og psykologiske og pædagogiske forsøg...

...Det er min vurdering, at den slags "nyheder", vi læser om i ugeblade, magasiner og i fagblade, ofte har stor betydning for vores selvforståelse, vores identitet og vores måde at ændre eller opretholde vores levevis på.

(Poulsen 1995: 1)

Hvor de landsdækkende aviser understøtter læsernes behov for løbende at være opdateret i forhold til de seneste nyheder og generelt anvender alle de klassiske nyhedskriterier i denne proces, dækker ugebladenes indhold langt mere behovet for selvindsigt og identitetsarbejde, og læsningen sker som en adspredelse i hverdagens pauser (Poulsen 2007: 47). Selvom artiklerne oftest er skrevet af journalister, og der også træffes journalistiske valg på redaktionerne, gør den lange produktionstid, at ugebladene generelt ikke anses for at udgøre en del af den traditionelle nyhedsjournalistik. Som Schultz (2006: 65) nævner, prioriteres relevanskriterierne forskelligt fra medie til medie. Familie- og kvindeugebladene benytter i sjældnere grad *konflikt* og *sensation* i deres tilgang til stoffet, mens *identifikation* og *væsentlighed* i relation til deres læsere er i højsædet. I takt med medialiseringen er indholdet af ugebladene derfor også blevet langt mere underholdende, og der vinkles stadig oftere i forhold til det private og læsernes egne oplevelser (Poulsen 1995: 3).

Poulsen skelner mellem *familieugeblade* (Ude og Hjemme) og *kvindeugeblade* (Femina). Hvor familieugebladet er det klassiske ugeblad henvendt til kvinder med praktiske råd om husholdningen og livet generelt, er kvindeugebladene mere orienteret mod at tilbyde information om mode og krop (Poulsen 1995: 12-26). Den følgende redegørelse tager udgangspunkt i Poulsens analyser og de to mediers egne oplysninger.

Ude og Hjemme:

Ude og Hjemme er ejet af Aller Press og gik første gang i trykken i 1926. Frem til slutningen af 1950'erne var salget støt stigende, men vigende oplagstal gjorde en omlægning nødvendig i 1990'erne⁶⁰. Resultatet blev flere billeder, så bladet udtryksmæssigt kom til at minde mere om billedugebladene, og med en klarere satsning på de kortuddannede kvinder mellem 24 og 49 år (Poulsen 2003: 144). Derved er Ude og Hjemme målrettet de læse- og informationssvage læsers interesser (Poulsen 1995: 18). Læserne tilhører i lighed med denne analyse de traditionelle segmenter – se figur 18.

Omkring Ude og Hjemmes indhold skriver Poulsen:

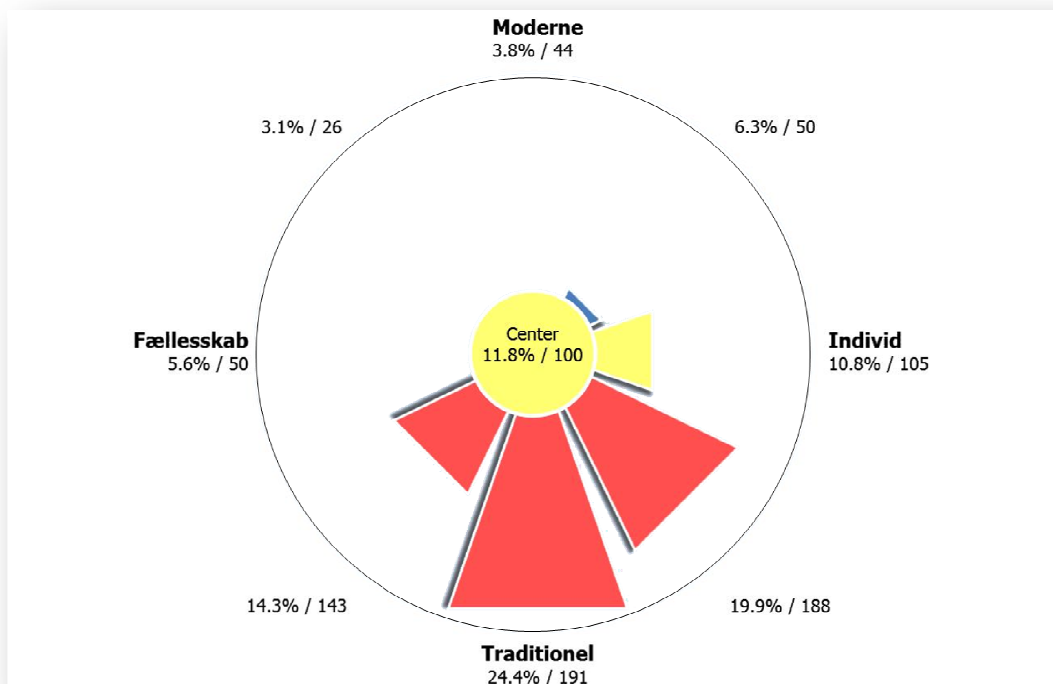
Især Ude og Hjemme har slået sig op på "Mirakelhistorier" om pludselig helbredelse, slankning og lykke efter alternative kure. Ugebladene lægger altså igen op til, at læserne kan tage sagen eller sundheden i egen hånd.

(Poulsen 1995: 18)

⁶⁰ Kilde: [http://denstoredanske.dk/Samfund, jura og politik/Massemedier/Ugeblade og magasiner/Ude og Hjemme](http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Massemedier/Ugeblade_og_magasiner/Ude_og_Hjemme)

Selvom Poulsens analyse er af ældre dato, har hun ret i sine pointer om indholdet af Ude og Hjemme. Læge Jerk Langer informerer om alternative behandlingsmuligheder i klummen "Sundhed uden recept". Langers anbefalinger ligger uden for det traditionelle behandlersystems rammer. Der er desuden en overflod af konventionelle råd at hente hos lægerne Peter Qvortrup Geisling, Arne Astrup (Dr.med.), Anne-Marie og Henrik Münster samt klinisk diætist Lisa Bolting. Ude og Hjemme er det medie i samplet, der har tilknyttet det største ekspertpanel uddannet inden for sundhedsområdet. Det ugentlige læsertal lå i første kvartal af 2017 på 313.000, hvilket stik imod alle tendenser var 23.000 flere læsere end samme kvartal året før.

Ude og Hjemmes læsere segmenteret i forhold til Gallup Kompas



Figur 18

Femina:

Femina er i sin nuværende form blevet udgivet af Aller Media A/S siden 1952 og er en fortsættelse af modejournalen Nordisk Mønster Tidende udgivet første gang i 1874. Femina er dermed det ældste danske kvindeugeblad⁶¹. Indholdsmæssigt fokuseres der på kvindeuniverset og interessen for mode, udseende og en sund krop⁶². Camilla Kjems er chefredaktør, og man har foruden en række andre redaktører også ansat fysioterapeuten Christina Bølling som sundhedsredaktør. Blandt bladets sundhedseksperter er Karen Pallisgaard, der er uden en sundhedsfaglig uddannelse, Anna Bogdanova, ligeledes uden sundhedsfaglig uddannelse, Thorbjörg Hafsteinsdóttir, uddannet sygeplejerske, Per Brændgaard cand.scient. i Human Ernæring samt lægen Søs Wollesen.

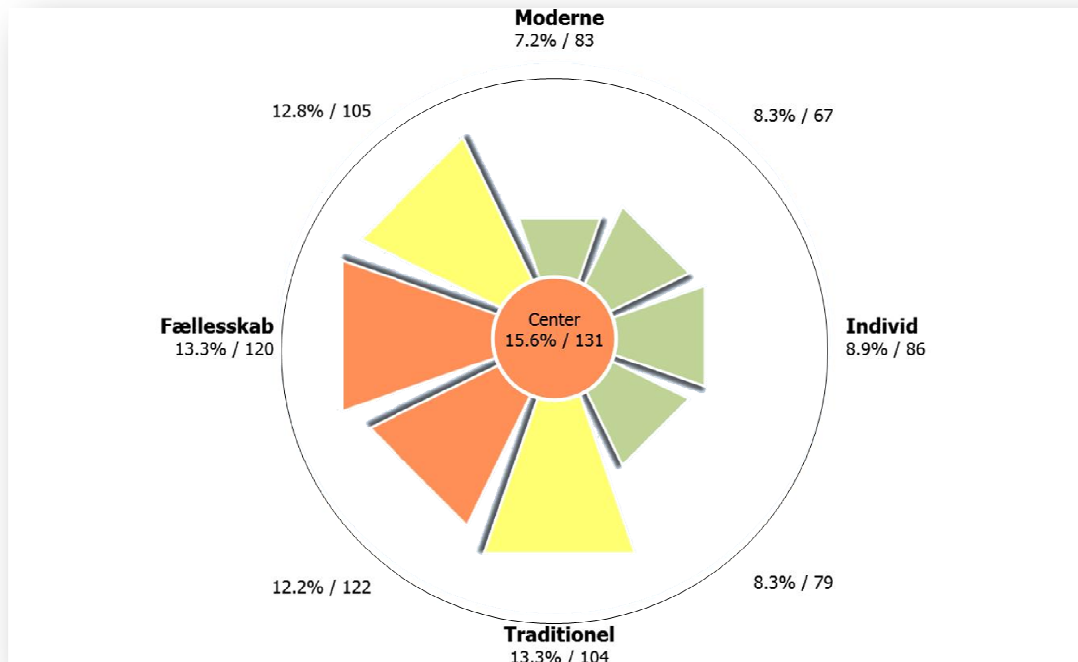
Femina er, som antallet af sundhedseksperter også indikerer, mere helseorienteret end Alt for Damerne (Poulsen 2003: 149), men modtog i 2001 kritik fra Ernæringsrådet for deres mangelfulde og misvisende indhold, da de anbefalede æggeallergikere at spise økologiske æg i stedet for konventionelle æg. En anbefaling, der kunne have været fatal for allergikerne⁶³.

⁶¹ Kilde: http://denstoredanske.dk/Samfund%2c_jura_og_politik/Massemedier/Ugeblade_og_magasiner/Femina

⁶² Kilde: <http://www.aller.dk/vores-brand/femina/>

⁶³ Kilde: <https://www.b.dk/danmark/ernaeringsraad-advarer-allergikere-mod-oeko-aeg>

Feminas læsere segmenteret i forhold til Gallup Kompas



Figur 19

Bladet henvender sig til stilbevidste og handlekraftige kvinder på 25 år og opefter⁶⁴, og som det fremgår af figur 19, er læserne koncentreret omkring det traditionelle og det fællesskabsorienterede segment. Det ugentlige læsertal lå i første kvartal af 2017 på 176.000.

For begge ugeblade i samplet gælder det, at de er orienteret imod helsestoffet (Poulsen 2003: 149). Det er en udvikling, der siden 1980'erne specielt for Femina har resulteret i en bevægelse fra *skønhed* til *sundhed* (Poulsen 2007: 48). Altså et indholdsmæssigt fokusskift fra det ydre mod det indre. Feminas læsere dyrker i lighed med deres fællesskabsorienterede segmenttilhørsforhold de indre sundhedsværdier oftere end de ydre skønhedsværdier. Hvor Femina og damebladene dyrker variationen og forskellige tilgange til sundhed, så orienterer familieugebladene og Ude og Hjemme sig imod det funktionelle og manualen på det gode liv eller den gode madopskrift (Poulsen 2007: 48). Således viser indholdsanalysen, at indholdet i Femina på sundhedsfeltet ofte er modsatrettede forslag, som deres læsere kan afprøve efter behov, og som ikke nødvendigvis hænger sammen med tidligere eller samtidige forslag. Ude og Hjemme er derimod mere orienteret på at give læseren en mere sammenhængende tilgang til sundhed. Deres eksperter lovpriser oftest sundhedsmyndighedernes anbefalinger. Dermed følger redaktionen på Ude og Hjemme en rødere sundhedsmæssig tråd end deres kolleger på Femina.

Hvor Femina primært orienterer sig mod den karrierebevidste kvinde i byerne, så fornøjer Ude og Hjemme børnefamilier over hele landet⁶⁵. I relation til Ude og Hjemmes læsersegmentering er det ikke usandsynligt, at en stor del af læzerskaren kan findes i rurale områder.

⁶⁴ Kilde: <http://www.aller.dk/vores-brand/femina/>

⁶⁵ Kilde: <http://www.aller.dk/vores-brand/femina/> og

[http://denstoredanske.dk/Samfund, jura og politik/Massemedier/Ugeblade og magasiner/Ude og Hjemme](http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Massemedier/Ugeblade_og_magasiner/Ude_og_Hjemme)

Ca. 80% af alle danske kvinder læser regelmæssigt ugeblade og magasiner (Poulsen 2001: 272). Det sker primært med selvomsorg for øje. For nogle læsere sker det gennem jagten på det hidtil usete og nye, mens det for andre sker ved at blive bekræftet i traditionen, rutinen, hverdagen og de faste kønsroller (Poulsen 2007: 49). Her giver Femina primært mulighed for den første tilgang, mens Ude og Hjemme er garanten for den anden. De to ugeblade i samplet afdækker på denne vis to forskellige tilgange til sundhedsfeltet, som primært er adresseret til kvinder.

Ser man samlet på de fire trykte medier, der udgør samplet i denne afhandlings indholdsanalyse, synes det klart, at de alle i takt med medialiseringen har valgt at fokusere på bestemte segmenters behov. Medierne i samplet er med en lille underrepræsentation af det moderne segment valgt således, at alle fire hjørner af Gallup Kompas er repræsenteret, hvilket giver muligheden for at tilgå analysen af sundhedsfeltet med den maksimale spredning i forhold til indhold og vinkling. Med tanke på pointen fra forrige afsnit om, at medieindhold afspejler bestemte patientroller, vil denne diversitet i målgruppeappel, som samplet indeholder, give mulighed for, at indholdsanalysen kan afdække, hvorvidt denne tendens sætter sig spor i det journalistiske arbejde. Er der forskel i arten af kildevalg, inddragelse af eksperter og patientgrupper? Er framingen forskellig de enkelte medier imellem, og prioriteres nyhedskriterierne forskelligt? Samtidig vil spørgsmålet om relevansen af at benytte begrebet biomedialisering kunne besvares, idet omfanget af sundhedsartikler uddybes, sammen med en redegørelse for inddragelsen og udbredelsen af medicinske eksperter på de fire trykte mediers redaktioner?

6. Resultatanalyse

Afhandlingen forlader nu det teoretiske niveau med analyser, redegørelser og diskussioner på sundheds-, statin- og mediefeltet. I stedet vil der i de følgende kapitler blive stillet skarpt på data genereret i forbindelse med dette projekt med henblik på at opfylde de i LIFESTAT opstillede mål samt at besvare de i problemfeltet specificerede problemstillinger. Resultatanalysen vil derfor være en syntese af egen empiri og forklarende teori. I overensstemmelse med framing-tilgangens status som middle-range-teori vil den tidligere præsenterede teori tjene som perspektivering af de problemstillinger, der ligger uden for framing-teoriens strukturerende forklaringsramme. Det betyder i praksis, at den supplerende teori vil være styrende for projektets pointer og konklusioner. Resultatanalysen i relation til framing-teorien vil være struktureret således, at empirien vil blive præsenteret i forhold til den i framing-afsnittet præsenterede procesmodel inspireret af Scheufele (1999). Det betyder følgende:

- **Indholdsanalyse – medierne som afhængig variabel**

Tvedelt analysetilgang til medieindhold i relation til:

- Kvantitativ tilgang. Der fokuseres på de forskellige mediers karakteristika og deres anvendelse af kilder, temaer og adressering i forhold til patientroller.
- Kvalitativ tilgang – medierne som uafhængig variabel. Der fokuseres på de respektive mediers udtryksform og praktiske adressering af læseren i form af de faktiske formuleringer. Der perspektiveres desuden til sundhedsopfattelser, segment og patientroller.

- **Spørgeskemaundersøgelse – modtagerne som afhængig variabel**

Der vil blive fokuseret på respondenternes og herunder i særdeleshed statinbrugernes kvantitative besvarelser i forhold til:

- Sociodemografi: Køn, alder og uddannelse.
- KRAM-faktorer.
- Forvirring og utryghed samt søgeaktivitet.

- **Interviewundersøgelse – modtagerne som afhængig og uafhængig variabel**

Hovedfokus på statinbrugernes oplevelse af:

- Framing – identificerer informanterne de tre dominerende frames, som er beskrevet i indholdsanalysen?
- Patientroller - bidrager framingen af medieindholdet til, at bestemte patientroller også manifesterer sig i praksis blandt informanterne? I hvilken udstrækning er det muligt at identificere patientrollerne: *Den medicinske autoritet, patienten som forbruger* og *den offentlige sfære*. Er det muligt at identificere *ekspertpatienterne* og de individer, der slet ikke orienterer sig mod sundhed? Kan man tale om sundhed som mål og middel?
- Søgning og polariseret medieindhold – hvorledes oplever informanterne, at mediernes indhold på en og samme tid kan være en ressource i relation til det personlige identitetsarbejde omkring livsstil og sundhed og samtidig være angstprovokerende og kilde til uro? Hvilken tilgang anvender informanter i deres søgning af information omkring sundhed og sygdom?
- Forvirring og utryghed – årsagen til den udbredte oplevelse af *forvirring* og *utryghed*, som først blev identificeret i indholdsanalysen og siden også blandt respondenterne i spørgeskemaanalysen, søges her kvalificeret. Er der også blandt informanterne en oplevelse af, at medierne kan være med til at fremkalde disse følelser – og i positivt fald: Hvad er det ved mediernes indhold, der skaber forvirring og utryghed?

- Gennemgående temaer – her fokuseres der på de undertemaer, som gentagne gange er blevet omtalt af flere informanter uafhængigt af hinanden. Her er blandt andet tale om egne patientfortællinger og statslige krav om sundhed.
- **Opsamlende diskussion – primært modtagerne som uafhængig variabel**
 - Fokus på modtagerne som uafhængig variabel
 - Syntetisering af livsstil og sundhed:
 - Identificering af inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans
 - Forskningsmæssig uenighed og identificering af statin-frames
 - Medieindhold som afgørende for adherence-niveau
 - Polariseret medieindhold
 - Statinbrugerne som idealtyper.

6.1 Indholdsanalyse kvantitativ

Datagrundlaget for analyserne i dette afsnit udgøres af 623 artikler bragt i perioden 1. juli 2011 til og med 30. juni 2014 i henholdsvis BT, Politiken, Femina samt Ude og Hjemme.

6.1.1 Generelle observationer og fordelinger

Samplet fordeler sig på følgende vis:

Antal artikler pr. medie		
	Frekvens	Procent
BT	271	43
Politiken	162	26
Femina	50	8
Ude og Hjemme	140	24
Total	623	100,0

Tabel 32

Antal artikler pr. søgeord		
	Frekvens	Procent
Statiner	83	13
Kolesterol	331	53
Sund livsstil	209	34
Total	623	100,0

Tabel 33

BT lever med 271 artikler op til egen selvforståelse som "Danmarks sundhedsavis", mens Femina med 50 artikler på tre år er repræsenteret med 8% af samplets samlede artikelunivers. Statiner og/eller kolesterolsænkede mediciner optræder i 13,3% af alle artikler, mens kolesterol alene er repræsenteret i lige over halvdelen af indholdet.

Fokuseres der er på fordelingen af medier i forhold til søgeord, ses det, at Femina som det eneste medie ikke har bragt artikler om statiner, men i stedet en række artikler om kolesterol. BT beskæftiger sig både absolut og relativt oftest med statiner, mens Ude og Hjemme relativt har flest artikler om kolesterol (bilag B3.1A).

Den gennemsnitlige artikel er på 808 ord, og med en median på 727 ord er tendensen, at de korte artikler antalsmæssigt overgår de lange artikler. Den korteste artikel er på 15 ord, og den længste på 4188 ord (bilag B3.1B).

Den gennemsnitlige længde af artikler i forhold til mediet kan ses i bilag B3.1C. Ude og Hjemme har de længste artikler, da mediet netop er kendetegnet ved lange intime patientfortællinger, der fordrer fordybelse og indlevelse i personlige oplevelser. Samtidig indeholder bladet ofte meget grundige og seriøse klummer og brevkassesvar, der er lange. Politikens og BT's artikler ligger lige over og under gennemsnittet. BT's historier er kortere end Politikens grundet tabloidformatets generelt kortere artikler. Femina har de korteste artikler. De er næsten halvt så lange som Ude og Hjemmes i gennemsnit. Det skyldes ikke mindst, at sundhed i Femina ofte er kendetegnet ved gode råd og små fif, der generelt ikke fylder meget.

6.1.2 Anvendelse af kilder

Der er i samplets 623 artikler blevet anvendt 1043 kilder med et gennemsnit på 1,67 kilde pr. historie og 1 kilde som det typiske (bilag B3.2). Det relativt lave gennemsnitlige antal kilder set i lyset af den objektive journalistiks mantra om altid at belyse en sag fra to sider er en understregning af den store udbredelse af den *medicinske autoritet* (Briggs og Hallin 2016: 25-48), hvor publikum oftest adresseres med ensidige argumenter repræsenterende en bestemt praktisk tilgang til sundhed. Anvendelsen af kilder fordeler sig i forhold til hvem eller hvad, der er citeret:

Anvendelse af kilder		
	Frekvens	Procent
Eksperter	761	73,2
Forskning	119	11,4
Interesseorganisationer	64	6,2
Privatpersoner	59	5,7
Andet	37	3,6
Total	1040	100,0

Tabel 34

Generelt er *Eksperterne* i tabel 34 en bred vifte af sundhedsprofessionelle i form af forskere, medicinere, selvudråbte sundhedsguruer, brevkasseredaktører, velmenende sygeplejersker og talsmænd for diverse sundhedsorganisationer. *Forskning* dækker over kilder i form af forskningsorganisationer, universiteter, videnskabelige tidsskrifter og hospitaler, mens *Interesseorganisationer* dækker over organisationer som WHO, Hjertereforeningen, Dansk Cardiologisk Selskab og Kræftens Bekæmpelse. *Privatpersoner* er patienter, der fortæller deres egne sygdoms- og lidelseshistorier, hvor den mest anvendte vinkel er historier med positiv udgang, så patienten kommer til at fremstå som *helt* og ikke som *offer* (Seale 2002 og 2004). Brugen af privatpersoner i 59 tilfælde understreger, at *patienten som forbruger* er en yndet tilgang til stoffet. Den neoliberale vinkling understreges af, at langt de fleste af de enkeltindivider, der optræder i historierne, er beskrevet som *helte* og dermed som repræsentanter for *ekspertpatienten*. Endelig dækker kategorien *Andet* over kilder primært i form af webopslag som f.eks. NetDoktor.dk og denstoredanske.dk. Den hyppige brug af medicinske eksperter og interesseorganisationer som kilde i mange af historierne understreger, at biomedicaliseringen uden tvivl påvirker den danske sundhedsjournalistik, ikke kun på redaktørplan, men også på det indholdsmæssige niveau. Udsagn og sprogbrug, har betydning for synet på sundhed og meningsdannelsen på feltet generelt (Briggs og Hallin 2016: 12).

Det understreges yderligere af, at forskningen spiller en stor rolle. En optælling af kilder viser, at 21 forskellige universiteter er nævnt – flere af dem mere end én gang. Store internationale videnskabelige tidsskrifter som *New England Journal of Medicine*, *The Lancet*, *British Medical Journal*, *Ugeskrift for Læger* og rapporter fra WHO optræder flere gange som kildemateriale. Ofte er disse tidsskrifter den primære kilde og årsagen til, at historien overhovedet bliver bragt, idet vinklingen ofte er, at "ny undersøgelse viser...". Resultatet er en understregning af, at de internationale og hjemlige tidsskrifter meget ofte tjener som inspirationskilde og samtidig er med til at underbygge mediets troværdighed, når disse pålidelige kilder inddrages (Gasher et al.'s 2007: 564-565).

Ser man på, hvilke sundhedsprofessionelle og organisationer, der kommer hyppigst til orde som kilder og brevkasseredaktører i det undersøgte artikelunivers, og samtidig tager deres anbefalinger og holdninger til statiner i betragtning, tegner der sig følgende billede:

Markante meningsdanneres holdning til statiner og antal referencer på sundhedsfeltet

Meningsdannere	Professionel indsigt	Holdning	Referencer
Børge Nordestgaard	Forskningslæge	Yderst positiv	17
Gorm B. Jensen	Forskningschef i Hjerteforeningen	Anbefaler brugen	18
Hjerteforeningen	Interesseorganisation	Anbefaler brugen	18
Sundhedsstyrelsen	Statsinstitution	Anbefaler brugen	9
Arne Astrup	Professer i medicin	Overvejende positiv	18
Bente Klarlund	Klinisk professor	Postiv med forbehold	55
Henrik Münster	Læge	Postiv med forbehold	18
Anne-Marie Münster	Læge	Postiv med forbehold	18
Jerk W. Langer	Læge	Postiv med forbehold	56
Henrik Dibbern	Tidligere formand for Lægeforeningen	Overvejende negativ	5
Peter Gøtzche	Direktør Nordisk Cochrane Center	Overvejende negativ	1
Uffe Ravnskov	Læge	Yderst negativ	3
Peter Q. Gieslinge	Læge	Ikke beskrevet	9
Chris McDonald	Cand. scient. i Human Fysiologi	Ikke beskrevet	22
Lene Hansson	Kostvejleder	Ikke beskrevet	35

Kilde: Egne tal

Tabel 35

I tabel 35 er eksperter og organisationer generelt kun nævnt, hvis de optræder mere end 9 gange, men for at beskrive diskrepansen mellem for- og imod-stemmer i statindebatten, er nogle af de mest negative meningsdannere også inddraget, og antallet af referencer noteret. De mest positive stemmer i statindebatten er markeret med grøn skrift, de positive fortalere, der mener, at man bør medtænke personlige data og alternative behandlinger først, er markeret med gul, og endelig er de mest kritiske meningsdannere markeret med rødt. De sidst anførte meningsdannere med sort skrift har det ikke været muligt at identificere i forhold til en holdning på statinfeltet, idet de ikke har udtalt sig specifikt om emnet. Bortset fra de med rødt anførte meningsdannere udgør tabel 35 samtidig den fuldstændige liste over de meningsdannere, der optræder oftest i samplet.

Det er tydeligt, at den generelle tilgang blandt disse kilder er, at man anbefaler brugen af statiner. Det kan derfor synes som et paradoks, at mange statinbrugere er forvirrede og/eller bekymrede over brugen af statiner (se spørgeskemaresultaterne). Dette paradoks mellem meget ensidig anbefaling fra eksperterne og udbredt skepsis blandt brugerne skyldes forskellige parametre, hvor der tegner sig et bredt felt af forklaringsfaktorer, hvoraf ingen nødvendigvis er den altdominerende.

Framing-teorien påpeger, at i tilfælde af interessekonflikter og modstridende frames er gentagelse af budskabet samt argumentets styrke med til at afgøre, hvilken holdning der bliver den gængse (Chong og Druckman 2007: 102). Her er det klart, at intensiteten af det positive statinbudskab, som vist ovenfor, er den dominerende frame, men at det statistiske argument om, at man på lang sigt lever længere ved at tage statiner, er meget svagt. De fleste patienter mærker kun, at de tager statiner, hvis de har bivirkninger. Det forebyggende element og dermed effekten af medicinen er baseret på beregninger, som er uigennemskuelige for de fleste, samtidig med at grænseværdierne er sat så lavt, at 80% af befolkningen er i risikogruppen. Dette kræver aktiv stillingtagen og ikke passivitet hos befolkningen (Beck 2002: 78) og dermed også hos statinbrugeren. Det medfører overvejelser om, hvorvidt den usynlige effekt af en medicin med eventuelle bivirkninger er reel, og om det korrekte valg derfor er truffet. Det er ikke som at tage en Panodil, hvor effekten meget hurtigt viser sig. Statiner er en livslang behandling uden synlig og måske ingen effekt. Altså er argumentet om overlevelse svagt. Samtidig er argumentet om bivirkninger stærkt. Der er ingen tvivl om, at statiner giver bivirkninger, oftest muskelsmerter (Armitage 2006: 1783; Law et al. 2006: 53; Christensen et al. 2016: 535), og dermed bliver det et håndgribeligt argument. Det er som medicinsk ekspert svært at argumentere logisk imod et følelsesmæssigt argument om muskelsmerter og tvivl.

Samtidig viser tabel 35 ikke den reelle fordeling af frames for og imod statiner, idet mange af de privatpersoner, der optræder i samplet, ofte er meget skeptiske over for statiner, blandt andet grundet bivirkninger og den manglende positive detekterbare kropslige virkning. Derfor er intensiteten af argumentet for statiner ikke så ensidigt, som anført ovenfor. Chong og Druckman (2007: 102) påpeger, at effekten af modstridende frames ofte udligner hinanden, og at modtageren derfor oftest er tilbøjelig til at følge sin allerede etablerede personlige overbevisning. Dette er sammenfaldende med Tolmie et al.'s (2003: 148) pointe om, at statinbrugere vurderer oplysninger på baggrund af egne værdisæt.

Denne inddragelse af publikumserfaringer i medieindholdet i form af blandt andet patientberetninger og læerspørgsmål som en uundgåelig del af medicaliseringen betyder også, at den medicinske autoritet bliver udvandet. Andre antagelser end de rent medicinske bliver således legitimeret via deres tilstedeværelse i medierne. Giddens (1996: 145) påpeger, at når modstridende medicinske opfattelser strides på sundhedsfeltet, afhænger fortolkningen af risici af, hvem man anser for at have ret, og dermed bliver argumentets styrke igen afgørende.

Endelig skal forvirring og/eller bekymring blandt statinbrugerne også ses som et udtryk for skiftende anbefalinger, alt efter hvilken risikogruppe der bliver omtalt. I det medicinske miljø er der meget stor konsensus om, at patienter i tertiær og sekundær behandling ofte har gavn af statiner. Den store diskussion går på, om patienter i primær behandling har gavn af statiner (Niederdeppe et al. 2013: 886; Schaffer et al. 2015: 591). Det er imidlertid ikke altid muligt i de enkelte artikler at identificere, hvilken patientgruppe der refereres til, når en anbefaling bliver beskrevet. Desuden er oplevelsen af skiftende anbefalinger på statinfeltet blandt statinbrugerne ikke kun relateret til manglende specificering i medierne af behandlingsniveau, men også til en reel uenighed i forskningsmiljøet. Som beskrevet i statinafsnittet, er der blandt andet ikke konsensus for, hvilke grænseværdier der er korrekte at anbefale, og til hvem disse anbefalinger skal målrettes (Wallach-Kildemoes et al. 2015: 9). Giddens (1996: 144) beskriver, at det er et uomgængeligt vilkår på det medicinske felt, at anbefalinger ændres i takt med generering af ny viden. Uanset om det er mediernes manglende oplysninger eller reel videnskabelig uenighed, bliver resultatet, som beskrevet af blandt andet Tolmie et al. (2003: 146-147), at budskabet og anbefalingerne med rette bliver oplevet som værende selvmodsigende eller af cyklisk karakter, hvor anbefalingerne skiftevis er for eller imod behandling. Den kvalitative indholdsanalyse vil beskrive denne indholdsmæssige diskrepans mere udførligt.

Uanset om forvirringen skyldes argumenternes intensitet eller indhold, den voksende medicaliserings brugerinddragelse og en deraf medfølgende udvanding af den medicinske autoritet eller en budskabsdiskrepans, der udspringer af forskellige anbefalinger, tilvejebringer brugen af primært statinpositive meningsdannere som kilder ikke en større afklaring for statinbrugerne. Det til trods for, at langt den overvejende majoritet af ekspertkilderne i denne afhandlings artikelunivers anbefaler brugen af statiner. De efterfølgende analyseafsnit vil yderligere undersøge betydningen af denne uenighed på statinfeltet og samtidig forsøge at nuancere oplevelsen af forvirring og/eller usikkerhed blandt statinbrugerne.

Man kan generelt iagttage, at kildevalget er relateret til emne, medie og patientfortælling på følgende vis:

Gennemsnitligt antal kilder i forhold til søgeord

Statiner	2,01
Kolesterol	1,73
Sund livsstil	1,44

Tabel 36

Gennemsnitligt antal kilder i forhold til medie

BT	1,92
Politiken	1,80
Ude og Hjemme	1,27
Femina	1,10

Tabel 37

Som det fremgår af Tabel 36-37, er der stor forskel på antallet af kilder i relation til emner, medier og patientroller.

Det mest bemærkelsesværdige er, at statiner er det emne i samplet, hvor der anvendes flest kilder. Det skyldes blandt andet, at Femina som det medie, der benytter færrest kilder, ikke bringer historier omhandlende statiner og derfor ikke påvirker gennemsnittet i nedadgående retning. Hovedforklaringen må dog bero på den generelle uenighed på statinfeltet, og her spiller den journalistiske dyd om at inddrage flere kilder i kontroversielle historier afgjort en rolle. Der er ikke konsensus på statinfeltet, og derfor bliver flere parter hørt. Samme forklaring kunne også spille en afgørende rolle for det høje gennemsnit af kilder i historier, der tilhører patientfortællingen om *den offentlige sfære* (bilag B3.3B). Definitionen af denne patientrolle er netop kendetegnet ved, at medierne fremlægger forskellige synsvinkler på en sag og derved inddrager flere kilder (Briggs og Hallin 2016: 25-48). BT er det medie, der benytter flest kilder, og her må det ansues, at det gør sig gældende, idet et af de foretrukne relevanskriterier på tabloide medier netop er *konflikten* (Schultz 2006). Det er logisk set svært at beskrive en konflikt uden at involvere to uenige parter. Politiken ligger tæt op ad BT's gennemsnit og må som journalistik flagskib i en dansk sammenhæng redaktionelt leve op til nyhedsjournalistiske standarder som objektivitet og relevanskriterier som *aktualitet* og *væsentlighed*, der fordrer et stort kildeapparat. Desuden har avisen et kritisk og veluddannet publikum, der uden at blive forvirrede, problemfrit kan afkode de forskellige positioner, som inddragelse af flere kilder udgør. Ude og Hjemmes og ikke mindst Feminas sparsomme brug af kilder skyldes ikke mindst en anden og mere praktisk journalistisk tilgang. Her er ønsket om objektivitet ikke i højsædet, men derimod ønsket om underholdning og identifikation. Ikke mindst det sidste forklaringsparameter, relevanskriteriet *identifikation*, kræver i sin natur kun én kilde. Her vil flere kilder ofte være forstyrrende for identifikationen blandt deres publikum. Det relativt lave gennemsnitlige antal kilder på Femina skyldes, at bladet har de korteste historier. Det skal her anføres, at der er en generel positiv sammenhæng mellem antallet af kilder og længden på en historie (bilag B3.3).

Endelig skal det nævnes, at artikler, der underbygger den *medicinske autoritet*, ofte benytter flere kilder til at understrege den samme pointe og dermed underbygger sin egen autoritet, mens artikler, der er vinklet i relation til *patienten som forbruger*, ofte er patientberetninger, der ikke kræver andre kilder end patienten selv.

6.1.3 Indholdsdimension

Artiklerne i samplet fordeler sig indholdsmæssigt på følgende temaer:

Temaoversigt		
	Frekvens	Procent
Rådgivning	229	36,8
Videnskabelig/teknisk	128	20,5
Brevkasse	81	13,0
Nyhed/reportage	55	8,8
Personlige bekendelser	52	8,3
Interessekonflikt	33	5,3
Forsigtighed/bekymring	18	2,9
Opskrifter	14	2,2
Udefinerbart	13	2,1
Total	623	100,0

Tabel 38

Tabel 38 viser, at artiklerne beskæftiger sig oftest med *rådgivning* i form af tips om bedre motion, gode råd til kostomlægning og muligheder for at teste sig selv. Sammen med *opskrifter*, der gør en dyd ud af at præsentere ernæringskorrekt mad, udgør de næsten 40% af samplet. Artiklerne er kendetegnet ved, at de i deres adressering af modtageren er autoritative (Duffy og Thorson 2009: 109), og at de med deres ofte ensidige tilgang til emnet er meget tydelige i deres mål om at påvirke og anspore læseren til en bestemt adfærd uden modargumenter. Det *videnskabeligt/tekniske* tema er også autoritære i deres tilgang. Der oplyses didaktisk om nye medicinske landvindinger uden den store inddragelse af kilder, der ikke støtter budskabet, og som stiller sig tvivlende over for medikaliseringens positive betydning for individet eller samfundet. Set under ét er disse tre temaer et klart udtryk for den patientrolle, Briggs og Hallin kalder *medicinsk autoritet* (Briggs og Hallin 2016: 25-48). Artiklerne er oftest framet sådan, at den ensidigt fremhævede information efterlader publikum uden tvivl om, at de præsenterede råd og oplysninger er værd at efterleve. Læserens rolle bliver således passivt at efterkomme de udskrevne råd. Eksempler på artikler og konkrete formuleringer vil blive præsenteret og perspektiveret i den kvalitative del af indholdsanalysen. De tre temaer under fællesbetegnelsen *medicinsk autoritet* udgør lige under 60% af samplet (se tabel 39).

Temaerne *brevkasse* og *personlige bekendelser* udgør lige over 20% af samplet og er i deres tilgang meget interesseret i at servicere sit publikum. I lighed med det, Brigs og Hallin kalder *patienten som forbruger*, tilbydes praktiske råd fra en brevkasseredaktør, der via to-vejs-kommunikation adresserer læserens problem med ensidigt fokus på at imødekomme læserens behov. Ved at inddrage patientberetninger, hvor de rette sundhedsvalg er truffet af et selvstændigt og uafhængigt medlem af målgruppen, kommer publikum til at fremstå som *helte* (Duffy og Thorson 2009: 109), der selv tager ansvaret for egen sundhed. Dermed bliver framingen neoliberal, da der i disse artikler fremhæves rationelle oplysninger, der kommer til at fremstå som objektive sandheder, og som, hvis de efterleves, giver modtageren en oplevelse af at være en *ekspertpatient*, der via mediernes kyndige vejledning maksimerer egen livskvalitet. Eksempler på *patienten som forbruger* vil blive uddybet i indholdsanalysens kvalitative del.

Interessekonflikt og *forsigtighed/bekymring* udgør lidt under 10% af samplet og er i sin tilgang meget lig det, Brigs og Hallin betegner *den offentlige sfære*. Her er indholdet fokuseret på modstridende oplysninger, uenigheder på det medicinske felt og information, der kan give grund til bekymring og dermed opfordres til aktiv stillingtagen. Framingen er ofte baseret på kildernes argumenter i relation til etos- og patosappel med logosargumenter reduceret til "common sense"-betragtninger. Læserne opfordres på denne vis til at være aktive medborgere, der via medierne inddrages for at tage stilling fra historie til historie. Eksempler gives i den kvalitative indholdsanalyse.

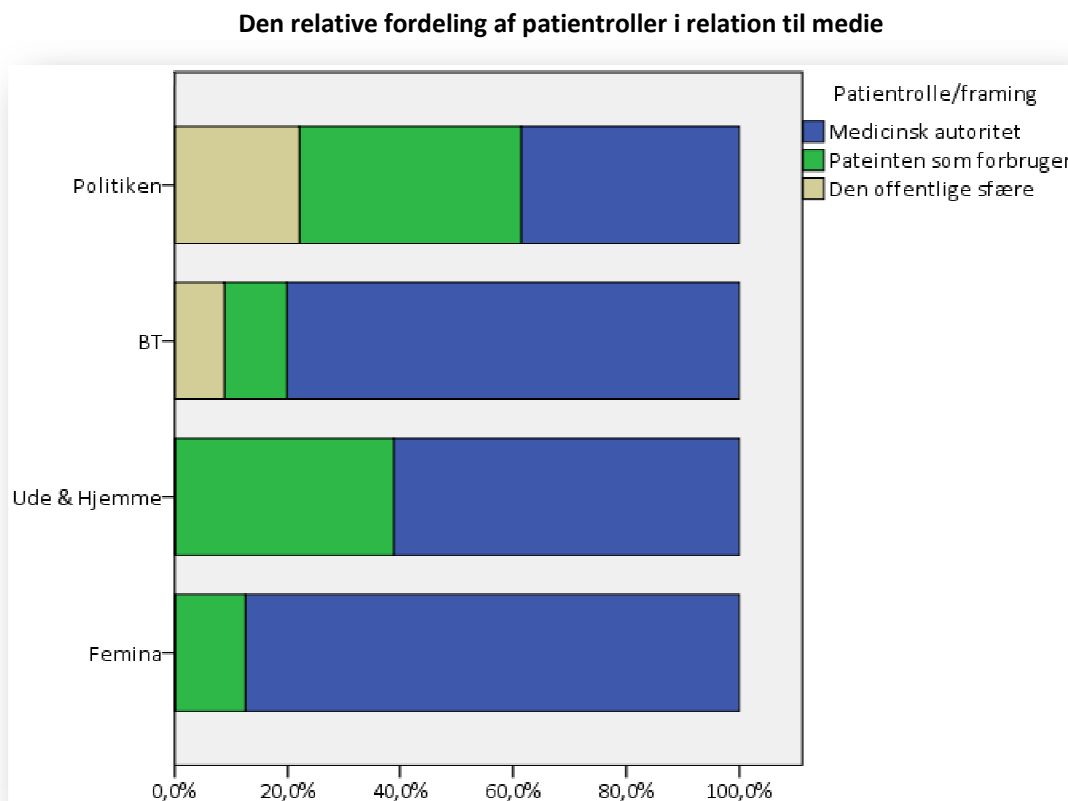
Endelig udgør *nyhed/reportage* og *udefinerbart* lige under 11% af samplet. For disse temaer gælder det, at her er tale om en bred palet af indhold, som primært er korte notitser, der ligger langt under gennemsnittet, hvad angår længde (bilag B3.4). Det er ikke muligt definitivt at kategorisere indholdet af disse artikler i forhold til Briggs og Hallins taksonomi, hvorfor disse i de følgende analyser vil blive betegnet som *Andet*. Fordelingen i forhold til patientrollernes repræsentation i samplet er som følger:

	Frekvens	Procent
Medicinsk autoritet	371	59,6
Patienten som forbruger	133	21,3
Den offentlige sfære	51	8,2
Andet	68	10,9
Total	623	100,0

Tabel 39

I Lighed med Briggs og Hallins (2016) observationer er *medicinsk autoritet* også i denne undersøgelse den mest almindelige adressering af publikum inden for den medicinske journalistik, mens *patienten som forbruger* og *den offentlige sfære* er nye adresseringstyper, der har vundet indpas i takt med biomedicaliseringen.

Som den sidste pointe i relation til de kvantitative resultater af indholdsanalysen skal de enkelte mediers henvendelsesform i relation til Briggs og Hallins tidligere beskrevne patientroller beskrives. I figur 20 er den relative fordeling af patientrollerne vist for at understrege pointen i analysen. Præsentationen i form af en relativ fordeling skyldes, at medierne i samplet ikke har det samme antal historier. De absolutte tal fremgår af bilag B3.5.



Figur 20

Figur 20 påviser sammenhængen mellem publikums livsstil og Briggs og Hallins patientroller. Resultatet viser, at Politikens middelklasselæsere centreret omkring det moderne fællesskabsorienterede segment er dem, der oftest bliver præsenteret for patientrollerne *den offentlige sfære* og *patienten som forbruger*. Læserne af avisen er aktive borgere, der både tager eget helbred og den offentlige debat alvorligt. Det er vigtigt for segmentet at deltage i *den offentlige sfære* og afsige smagsdomme (Dahl: 1996), som denne patientrolle fordrer. Politiken plejer således både egne publicistiske idealer og læsernes interesser. Samtidig imødekommer avisen også læserne i forhold til at gøre dem til aktive borgere i eget liv. Det sker ikke mindst i Bente Klarlund Pedersens brevkasse, hvor meninger om sundhed udveksles og foregår via tovejskommunikation, der giver læseren en oplevelse af selv at være *ekspertpatient*. BT's læsere er som beskrevet Politikens antipoder, hvad angår livsstil, da de er koncentreret omkring det traditionelle individorienterede segment. Her ønsker publikum ikke at blive kognitivt udfordret, og derfor er

det en fordel, at avisen på en nemt forståelig måde taler til sine kernelæsere i en autoritativ tone. Den didaktiske vinkling af sundhedsstoffet i BT adresserer læserne med *medicinsk autoritet*, og selvom der anvendes klummeskribenter, er der ikke tale om, at man inddrager læserne og lader dem stille spørgsmål. Samtidig er det vigtigt for den journalistiske selvforståelse på BT, at de giver læserne mulighed for at forarges over skandaler og konflikter på det medicinske felt, da *den offentlige sfære* er en typisk konflikttilgang, som anvendes på alle klassiske nyhedsmedier.

Hverken Femina eller Ude og Hjemme har publicistiske ambitioner eller behov for at gøre deres læsere til aktive medborgere. Til gengæld skal deres læsere udrustes med nogle gode råd om sundhed, som de i relation til livsstil og køn finder anvendelige. Og her skiller vandene så. Femina beskæftiger sig ikke med sundhed på helt samme måde som Ude og Hjemme. Feminas eksperter er langt fra af samme sundhedsprofessionelle kaliber som Ude og Hjemmes. Ude og Hjemme har udelukkende tilknyttet eksperter, der er læger eller forskere, og det i så stort et omfang, at det antalsmæssigt overgår alle andre medier i samplet. Femina kan bryste sig af én læge og én cand.scient. i Human Ernæring foruden en række eksperter uden en formel kandidatgrad, om overhovedet nogen anden sundhedsmæssig baggrund end egne erfaringer. Hvor Ude og Hjemme har hele fire brevkasser med gensidig meningsudveksling, benytter Femina sig af klummeskribenter og envejskommunikation. Ser man på bladets indhold, er det rimeligt at antage, at Ude og Hjemmes læsere opfatter sundhed som noget, der skal tages dødsens alvorligt. Ud fra indholdet tager Feminas læsere også sundhed alvorligt, men det skal samtidig have et underholdende element i forbindelse med læsningen af Femina. Ude og Hjemme har en tradition for at beskæftige sig med sundhed. Poulsen (1995: 18) pointerer, at bladets læsere opfordres til at tage sundheden i egne hænder – det sker ikke så ofte i Femina. Derfor er det ikke overraskende, at Ude og Hjemmes samt Feminas læsere adresseres i relation til patientrollen *medicinske autoritet*. Begge blade har flere traditionelle end moderne læsere, og derfor er den *medicinske autoritet* hos begge blade en forventelig adressering, mens Ude og Hjemmes relativt store andel af *patienten som forbruger* synes mere overraskende. Her spiller traditionen for at opfordre læserne til dialog og aktivt at søge råd hos bladets eksperter unægtelig en stor rolle. Samtidig har bladet mange patienthistorier, som også er typisk for adresseringen af *patienten som forbruger*.

Opsummerende må det kunne konstateres, at Briggs og Hallins analyse af patientroller i et samfund under indflydelse af en voksende biomedialisering i vidt omfang synes at holde stik i relation til de medier, der indgår i dette projekt. De enkelte medier adresserer i vidt omfang deres læsere på baggrund af behov og livsstil, som Hjarvard (2008 og 2009) også beskriver som en uundgåelig konsekvens af medialiseringen. Den *medicinske autoritet* er stadig den dominerende henvendelsesform, men særligt *patienten som forbruger* bliver også brugt i adresseringen af læserne. Den følgende kvalitative indholdsanalyse vil forsøge at give et kvalificeret bud på, hvordan adresseringen af læserne sker i praksis.

6.2 Indholdsanalyse kvalitativ

Den kvalitative analysetilgang vil, som beskrevet i metodeafsnittet, primært være baseret på Faircloughs (1992) og Schrøders (2002) beskrivelser af den metodiske tilgang inden for henholdsvis diskursanalyse og Critical linguistics. Grundsamplet udgøres stadig af de 623 artikler identificeret i forbindelse med den kvantitative analyse. Ved gennemlæsning af artikeluniverset blev 41 (knap 7%) af artiklerne identificeret som særligt egnede for den kvalitative tilgang (se metodeafsnittet for beskrivelse af motivation). Samtlige omtalte artikler i indholdsanalysens kvalitative del være tilgængelige til gennemlæsning i bilag B4 i den rækkefølge, de præsenteres i analysen. Der vil i analysen først blive fokuseret på de fire mediers individuelle præsentation af statinstoffet og derefter det generelle sundhedsstof.

6.2.1 BT's sundhedsindhold – kvalitativ analyse

BT's fokus på statiner er indholdsmæssigt meget differentieret i forhold til indhold og anbefalinger. Tre af de mest markant statinpositive artikler i denne undersøgelses sample har følgende overskrifter og manchetter:

30. august 2011

Kolesterol-pille kan redde flere liv.

Ny viden viser, at kendt pille også kan hjælpe mod sygdomme som bl.a. lungebetændelse og KOL.

19. april 2012

900.000 raske bør tage medicin

Forebyggelse Kolesterolmedicin: 30.000 liv kunne reddes, hvis raske danskere tog en kolesterolpille hver dag, viser ny rapport.

12. maj 2013

Kolesterol-pille mod kræft

Kræfthæmmer En række nye undersøgelser viser, at kolesterolmedicin, som allerede tages af 600.000 danskere, også beskytter mod for tidlig kræftdød.

Alle tre artikler er typiske eksempler på, at nye opdagelser baseret på medicinske landvindinger publiceret i et internationalt tidsskrift bliver kommenteret af danske forskere. Kilderne udgøres blandt andet af *New England Journal of Medicine*, og overlæge Børge Nordestgaard er citeret i samtlige artikler. Titler som professor, forskningschef og undersøgelsesleder er med til at understrege artiklernes etosappel. Artiklen er desuden præget af logosappel i form af omfattende talanvendelse.

I forhold til *leksikal processing* (Schrøder 2002: 105) benytter artiklerne sig af et meget kraftfuldt sprog: Ord som *dø*, *dødsfald*, *skæbnesvangre følger*, *slå alarm* og *oppe i det røde felt* er med til at understrege alvoren af budskabet. Det er sprogligt ikke langt fra skræmmekampagneniveau.

Det personlige pronomen er erstattet med *danskeren* eller den *gennemsnitlige dansker*, hvilket giver læseren et distanceret forhold til indholdet, da det er svært at identificere sig med den gennemsnitlige dansker. Det underforståede budskab eller *implikationerne*, som Schrøder (2002: 105) refererer til i forhold til en lingvistisk undersøgelse, er, at det er nødvendigt at tage statiner, hvis man vil leve længere og undgå hjertesygdomme, KOL, lungebetændelse, kræft og død. Specielt ord som *bør*, *gavn* og *på den sikre side* understøtter, at der ikke er tale om en dialog, men snarere et påbud. Tag dine statiner og lev længe. Adresseringen af læseren foregår udelukkende som *medicinsk autoritet*, og i løbet af tre artikler får kun én enkelt kilde med to sætninger mulighed for at betvivle de omtalte resultater. Der er i hver artikel anvendt mindst 4 kilder.

I den modsatte ende af spektret finder man tre artikler, der advarer imod statiner:

6. marts 2012

Kolesterolmedicin kan skade dig

Medicin-advarsel: Nye studier viser, at der kan være risiko for bivirkninger ved kolesterol-medicin i form af hukommelsessvigt og diabetes. I USA udsender lægemiddelstyrelsen en advarsel.

28. juni 2012

De gør dig træt

Ny undersøgelse Ny forskning viser, at kolesterolsænkende piller kan give dig træthed og nedsat energi.

2. december 2012

De værste bivirkninger

Statiner Sundhedsstyrelsen kortlægger for første gang de mange gener ved kolesterolmedicin.

Har du ondt i dine muskler og led eller hovedpine, og tager du statiner? Så kan dine smerter og gener skyldes dine kolesterolpiller.

Alle tre artikler er i deres leksikalske processering og personlige referencer identiske med de statinpositive artikler. Der er anvendt kraftfulde vendinger, og danskerne omtales i generelle termer inde i artiklen. Der anvendes ligeledes etos- og logosappel i form af forskningstitler, medicinske tidsskrifter og tal. Læge Henrik Dibbern, på dette tidspunkt formand for de praktiserende læger, optræder blandt andet mellem kilderne, som i antal ligger på minimum 5 kilder i hver. Altså over antallet af kilder i de statinpositive artikler.

Eneste forskel er, at de tre overskrifter og efterfølgende manchetter anvender de personlige pronomener *dig, du* og *dine*. Dermed bliver artiklen specifikt rettet direkte mod statinbrugerne, da pronomenerne står nævnt i relation til kolesterolmedicin. Dermed bliver indholdet mere præsente for statinbrugeren, idet det på denne vis bliver langt nemmere at identificere sig med indholdet. Adresseringen sker også i disse artikler via den *medicinske autoritet*. Det underliggende budskab er, at statiner ikke nødvendigvis er gode, og at de medfører alvorlige bivirkninger. Ord som *advarsel, uden sikker dokumentation* og *smerter* understreger pointen om de farlige statiner. Artiklen bragt d. 2. december 2012 påpeger desuden, at man kan dø af at tage statiner som følge af rhabdomyolyse. Der findes kun ét dokumenteret tilfælde i den medicinske historik af, at statinbehandling kan være letal (Law et al. 2006: 53), hvorfor denne oplysning synes at være ude af proportioner med artiklens øvrige fokus på bivirkninger. På denne vis sidestilles rhabdomyolyse med mere almindelige bivirkninger som muskelømhed.

Der er dog en langt mere nuanceret tilgang i de statinnegative artikler, idet statinfortalere i vidt omfang kommer til orde i alle artiklerne. Statinbrugerne opfordres desuden til at søge læge og ikke blot stoppe behandlingen på eget initiativ. Dermed understreges det igen, at artiklerne er henvendt specifikt til brugerne og ikke kun den gennemsnitlige dansker. Endelig skal det nævnes, at artiklen bragt d. 2. december 2012 advarer om, at statiner kan bidrage til, at brugerne udvikler diabetes. Det står i skærende kontrast til artiklen bragt d. 19. april samme år, hvor Børge Nordestgaard påpeger, at statiner modvirker diabetes.

Endelig skal den artikel, der bedst indkapsler den medicinske strid på statinfeltet, også inddrages i analysen:

24. april 2012

De slås om dit kolesteroltal

Kolesterol-medicin debat: Førende eksperter er dybt uenige om, hvem der bør tage kolesterol-medicin.

Artiklen er et typisk eksempel på den adressering, som Briggs og Hallin kalder *den offentlige sfære*, hvor læseren aktivt får mulighed for at afsige en moralsk dom over de eksperter, der repræsenterer hvert synspunkt i statinkampen. At der er tale om en kamp, understreges af ordene *De slås* og af det billedmæssige materiale, hvor en fotokollage viser de to kombattanter Børge Nordestgaard og Henrik Dibbern placeret over for hinanden i noget, der minder om en boksering. Inde i teksten benyttes de to små tekstlige markører *for* og *imod* til at understrege de to modsatrettede holdninger. Endelig er adresseringen af statinbrugerne og læseren direkte, idet overskriften benytter det personlige pronomen *dit*.

BT indleder med at kridte banen op. De forklarer uenighedens kerne med en rapport udarbejdet af Nordestgaard, som opfordrer til, at langt flere danskere tager statiner. Hjerteforeningen har citeret artiklen, uden at den forud har været bragt eller evalueret i en videnskabelig sammenhæng.

Derefter benytter artiklen den klassiske tilgang med at holde de to stridende parter argumenter op mod hinanden. Børge Nordestgaard benytter logosappel og forholder sig til, at langt flere danskere vil overleve eller leve længere, hvis de tager statiner. Henrik Dibbern forholder sig primært til etosargumenter og angriber Nordestgaards troværdighed, fordi Nordestgaard modtager penge fra medicinalindustrien, og fordi han går ud med sine resultater, inden de er videnskabeligt godkendt. Sekundært finder han rapportens tal og resultater stærkt tvivlsomme og nævner de mange bivirkninger, et øget forbrug af

statiner vil medføre. Hvorfor tage statiner, når effekten er usikker? Dibberns personangreb er desuden patosappellerende, idet han som henvendelsesformen *den offentlige sfære* tilsiger, prikker til forargelsen ved at anfægte Nordestgaards motiver. Dibbern benytter desuden personlige pronomener som *du* og *jeg*, der understreger et ønske om at være i øjenhøjde i et forsøg på at etablere et tættere bånd til læseren og dermed opnå en højere grad af troværdighed. Samlet set er artiklens underliggende budskab, at læserne selv må afgøre, om de støtter den velmenende forskningslæge, der vil rede danske menneskeliv, eller om de fatter sympati for den forargede lægeformand, der ikke ønsker befolkningen udsat for unødige bivirkninger, bare fordi en anløben forsker går medicinalindustriens ærinde og vil sælge danskerne flere piller. Som læser får man lov til at deltage i *den offentlige sfære* ved selv at afgøre skyldsspørgsmålet om, hvorvidt statiner og Nordestgaard skal frifindes, fordi de redder menneskeliv.

Det er, som framing-teorien (Chong og Druckman 2007: 102) tilsiger, det stærkeste og hyppigst fremførte argument, der bliver afgørende for læsernes dom. Det er dog i tilfælde som dette, hvor to argumenter strides, tvivlsomt, om nogen af dem vinder kampen, idet allerede indtagne personlige positioner synes at være afgørende for sym- og antipati (Tolmie et al. 2003: 148; Chong og Druckman 2007: 102).

Generelt er BT's sundhedsartikler, som det ses af ovenstående eksempler, fragmenterede og ufokuserede. Nogle sundhedstiltag anbefales den ene dag og danner den næste uge grundlag for en generel advarsel. Et godt eksempel er, at statiner inden for samme år bliver beskrevet som årsag til eller forebyggende i forhold til diabetes. Samme diskrepans finder man også i andre sammenhænge. For meget D-vitamin giver prostatacancer (BT d. 11/11 2012), mens for lidt D-vitamin giver demens (BT d. 15/1 2013). Der er to måneder mellem de to artikler. D. 22/6 2012 anbefales det, at læserne spiser rigeligt med pasta og ris, det til trods for at præcis samme madvarer mindre end én uge tidligere, d. 16/6 2012 og igen senere d. 11/8 2012, bliver beskrevet som dårlige for helbredet.

Der er ofte tale om, at avisen bringer artikler, hvor læserne kan teste sig selv. Blandt andet *Risikoscemaet til brug for patienter uden tegn på iskæmisk hjertekarsygdom eller diabetes* (Christensen 2007: 18) er gengivet i BT. Generelt er der tale om informative tests, som dog ikke altid bliver forklaret grundigt nok, og som af og til er fejlbehæftede. Et godt eksempel er en artikel bragt d. 25/7 2012, hvor anvisningen til udregning af eget BMI er forkert.

Langt det overvejende antal kilder inden for temaet *patientfortællinger* er kendt fra andre mediasammenhænge. Ofte er der tale om semikendisser fra diverse realityprogrammer bragt på en reklamefinansieret kanal. Det er sjældent, at en patientberetning er baseret på en ukendt danskers oplevelser. Ud fra ønsket om at ville underholde læseren benytter BT på denne vis selvopfundne know-how-eksperter (Christensen 2013: 120), som allerede er kendt i medieverden. Ikke som patienter eller medicinske eksperter, men som kendisser. De to gennemgående eksperter Chris MacDonald og Lene Hansson er også kendt fra andre medier end BT. De optræder jævnligt på de landsdækkende public service-stationer som henholdsvis og vært og ekspert. De er primært valgt for deres publikumsappel og kendisfaktor og sekundært for deres medicinske viden.

Endelig skal det understreges, at BT er det medie i samplet, der ubetinget bringer flest artikler om de seneste landvindinger på det medicinske felt og oftest citerer udenlandske og danske forskere. Artikler med fokus på videnskab udgør mere end 27% af BT's artikler, mens Politikens andel er på 20% og Feminas er 8% inden for samme tema (bilag B3.6). Denne fokusering på de seneste forskningsresultater udspringer af troen på sundhed som middel (Otto 1997: 89) og er kendetegnende for det individorienterede segments tiltro til klinisk medicin (Dahl 2005). Piller fungerer fint, hvis det kan hjælpe på helbredet, og derfor er det også altid med forbehold, når statiner bliver problematiseret. Som beskrevet ovenfor, bliver kolesterolsænkende medicin aldrig kritiseret, uden at statinpositive eksperter bliver involveret. Det anbefales altid, at læserne konsulterer deres læge, hvis de er i tvivl, og at de i mellemtiden fortsætter deres behandling. Det er vigtigt at sælge aviser på sensationelle overskrifter, men læsernes tro på lægevidenskaben bliver respekteret.

BT lider generelt under, at indholdet mangler en redaktionel linje eller en professionelt uddannet sundhedsredaktør, der kunne være med til at skabe en rød tråd og en højere indholdsmæssig

sammenhæng på tværs af artikler og eksperter. Evidensbaserede undersøgelser viger pladsen for alternative og opsigtsvækkende konklusioner (Hesse 2007: 134), og resultatet bliver, at en eventuel sammenhæng de enkelte historier imellem bliver svær at identificere.

6.2.2 Politikens sundhedsindhold – kvalitativ analyse

Som resultaterne af den kvantitative indholdsanalyse viste, er den mest anvendte adressering af læseren på Politiken *patienten som forbruger*. Det sker ikke mindst, når klinisk professor Bente Klarlund Pedersen besvarer læsernes spørgsmål i brevkassen *Spørg Bente Klarlund*. Brevkassen bliver bragt hver lørdag i livsstilstillægget *Lørdagsliv*. De følgende to eksempler er typiske for denne henvendelsesform:

”Kolesteroltal bekymrer” bragt d. 10. marts 2012 samt ”Det lede og det herlige kolesterol” trykt d. 29. december 2012.

I den første artikel skriver en læser på 72 år, at han er bekymret for sit kolesteroltal, og refererer til en dansk bog og flere amerikanske undersøgelser, der sår tvivl om nytten af at tage kolesterolsænkende medicin, og spørger derfor:

Hvad skal man tro? Kan man, hvis man ellers lever rigtigt, spiser sundt, motionerer osv. blæse på alle disse advarsler og tilbud om medicin, eller skal man stadig være bekymret, hvis ens tal er på den 'forkerte' side af 4.

(Politiken d. 10. marts 2012)

Læserens spørgsmål er et tydeligt eksempel på en *ekspertpatient*, der på eget initiativ har undersøgt statinfeltet og derefter søger råd hos en ekspert udenom sin praktiserende læge. Desuden understreger spørgsmålet pointen om, at risici er en kamp mellem konkurrerende og modsætningsfyldte og delvis komplementerende rationalitetsfordringer (Beck 2002: 79), da motion og sund kost her stilles over for medicinering. Det problematiseres på denne vis, hvem der har gavn af sænkning af grænseværdierne på statinområdet, præcis som det også gøres af Wallach-Kildemoes et al. (2015: 9). Er der balance mellem fordele og ulemper ved at tage kolesterolmedicin, når man er oppe i årene? Bente Klarlund svarer:

Dit spørgsmål er forståeligt, for kolesteroldebatten er svær at hitte rede i. Det er vigtigt at slå fast, at hvis man har tegn på åreforkalkning eller type 2-diabetes, bør man få sit kolesteroltal ned under 4 mmol/l – enten med ændret livsstil eller med medicin om nødvendigt. Forebyggelse hos en rask 72-årig som dig skal derimod ses ud fra en samlet vurdering af risikofaktorer, og i dit tilfælde vil man ikke begynde at overveje kolesterolsænkende medicin, før kolesteroltallet kravler op over 6-7 mmol/l.

(Politiken d. 10. marts 2012)

Svaret viser, at Bente Klarlund Pedersen ligeledes adresserer læseren som *ekspertpatient*. Der bliver på saglig vis redegjort for de to positioner inden for et emne, der er ”svært at hitte rede i”. Svaret vidner om en holistisk tilgang, hvor flere synsvinkler bliver opridset, uden at *den medicinske autoritet* kommer til udtryk som andet end objektive konstateringer af fakta. Det skal dog bemærkes, at Klarlund Pedersen kun sætter cirkatal på, hvornår der er grund til bekymring, og dermed er med til at understøtte tanken om, at grænseværdierne er en konstruktion, der skal vise, at nogen gør sig umage og passer på (Beck 2002: 79). I dette tilfælde ikke mindst brevkasseredaktøren selv. Der kommer imidlertid ingen endelig anbefaling til læseren, som selv må drage en konklusion, og dermed kommer adresseringen også samlet til at fremstå som *patienten som forbruger*.

På samme måde lykkes det i svaret på læserbrevet af 29. december 2012 at få dækket hele spektret af synsvinkler inden for problematikken med forhøjet kolesterol i blodet. En læser har læst Uffe Ravnsborgs bog "Kolesterol – myter og realiteter" fra 2008 og stiller derfor en række spørgsmål om kolesterol og kolesterolbehandling. Klarlund Pedersen lægger i sit svar ud med at konstatere, at grænseværdier er individuelle, og at det kan skabe forvirring og bekymring, og fortsætter således:

Det vigtige budskab er, at der er meget, man selv kan gøre for at påvirke kolesterolemængden og kolesteroltypen i blodet. Der er i det hele taget meget, man kan gøre for at forebygge hjerte-kar-sygdom. Man skal lade være med at ryge. Man bør spise en sund, såkaldt middelhavskost, dvs. masser af grønt, fisk, olivenolie og beskedne mængder af magert kød. Et jævnt, men meget moderat alkoholforbrug forebygger, og det gør masser af motion også. En sund livsstil har ikke kun effekt på kolesterolet, men er godt for blodtrykket, forebygger type 2-diabetes og styrker hjerte og kredsløb. Hvis livsstilsændringer ikke er tilstrækkelige, kan der være behov for medicinsk behandling. Det gælder f.eks., hvis man allerede har diabetes, tegn på åreforkalkning eller tegn på, at kolesterolet har aflejret sig omkring øjnene eller på senerne. Ligeledes vil der, hvis der er en sygehistorie, der tyder på familiært forhøjet kolesteroltal, næsten altid være behov for medicinsk behandling. Jeg kan ikke udelukke, at medicinalindustrien kan være med til at skabe et øget og kunstigt behov for kolesterolsænkende medicin. Jeg håber imidlertid, at ovenstående har bidraget til en afklaring.

(Politiken d. 29. december 2012)

Det er et godt spørgsmål, hvorvidt læseren bliver afklaret af svaret, der med sin meget brede holistiske tilgang lægger op til, at man selv gør noget og tager aktivt stilling. Selvom der er anbefalinger, og det personlige pronomen *man* benyttes flittigt sammen med verberne *bør* og *skal*, er *kan* det mest anvendte verbum og en implikation af det overordnede budskab om, at man selv skal være aktiv og tage ansvaret for sin egen sundhed. Altså en neolibérale forståelse af sundhed, som også er den herskende tilgang til helbredet i Danmark (Vallgård 2002: 84).

Politikens tilgang til sundhed er i Klarlund Pedersens artikler og mere generelt i nyhedssektionen holistisk og forsøges underbygget med en flittig brug af faktabokse, der objektivt søger at informere de informationshungrende læsere. Et godt eksempel er fra en artikel bragt d. 3. december 2011 under overskriften: *Medicin bør kun gives efter individuelt skøn*. I artiklen understreges det igen i lighed med den neolibérale tilgang, at statinbehandling bør ske på baggrund af skøn i relation til en række individuelle faktorer og ikke på baggrund af generelle anbefalinger. Artiklen afsluttes med en faktaboks:

Kolesterol er et hvidt, voksagtigt stof, der indgår som en nødvendig bestanddel af cellevæggen og findes i blodets fedtholdige proteiner. I forbindelse med udvikling af åreforkalkning har det skadelige LDL-kolesterol negativ betydning, og det gavnlige HDL-kolesterol positiv. Når kolesterolinholdet måles i en blodprøve, benyttes enheden millimol per liter (mmol/l). Mindre end 5 millimol per liter betragtes som ideelt. LDL-kolesterol kan sænkes ved diæt og medicin. HDL-kolesterol kan hæves ved motion og kostændringer. Kilde: Gyldendals åbne Encyklopædi, NetDoktor.

(Politiken d. 3. december 2011)

Det bemærkelsesværdige er ikke de fakta, som opridses her. De er fint i tråd med den gængse viden på feltet. Det er kilderne *Gyldendals åbne Encyklopædi* og *NetDoktor.dk* derimod ikke. Digitale opslagsværker er ikke udbredte kilder inden for sundhedsfeltet på BT og Politiken, og det er med til at understrege, at

sundhedsredaktøren på Politiken ikke er rekrutteret blandt medicinsk professionelle, men inden for kommunikationsfaget. Dette manglende ønske om medicinsk indsigt kommer også til udtryk i en artikel bragt d. 26. januar 2012 under overskriften *Piller mod kræft*:

Forskere ved Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital har sammen med kolleger fra Harvard Medical School påvist, at stoffet statin, der bliver brugt til at holde blodtrykket nede, også ser ud til at holde ny tilfælde af brystkræft væk hos kvinder, der har haft brystkræft.

(Politiken d. 26. januar 2012)

Den manglende redaktionelle viden og linje gør her, at statiner fejlagtigt bliver omtalt som et stof og ikke en klasse af lægemidler, samtidig med at det bliver ordineret for at holde blodtrykket nede. Artiklen vil give den opmærksomme Politiken læser grund til undren, da en artikel bragt mindre end 14 forinden korrekt fastslog, at statiner bliver givet mod forhøjet kolesterol, selvom det kun virker for halvdelen af patientgruppen (Politiken d. 14. januar 2012).

Det er generelt den indre sundhed, der tæller. Man skal være sund hele vejen igennem, og det betyder, at det gode liv er ensbetydende med det sunde og lange liv. Blandt andet eksemplificeret ved artikler om, hvordan japanerne bliver over 100 år (bragt d. 11. maj 2014) og en hyldest af Klarlund Pedersen til det lange liv (d. 23. marts 2013).

I Politiken er det gode liv en livsstil, og sundhed er målet i sig selv (Otto 1997: 88-89). Helt i tråd med avisens moderne fællesskabsorienterede læseseres holdning til deres egen krop er sundhed, som beskrevet ovenfor, et manipulerbart mål i Politiken. Man er selv ansvarlig for, at alle aspekter af livet bliver levet sundt. Individet skal både leve og tænke sundt (Dahl 1996: 18).

Som et kuriosum skal det nævnes, at et af de mest stillede spørgsmål blandt læserne går på, hvorvidt indtagelse af rødvin skulle have en gavnlig effekt for helbredet. Målgruppen er blandt de danskere, der drikker mest alkohol, og de gør det med dårlig samvittighed (Dahl 1996: 17). Spørgerne håber formodentlig i denne sammenhæng at kunne dulme samvittigheden, hvis Klarlund Pedersen giver dem medhold i deres antagelse. Svaret er i øvrigt, at et moderat forbrug af rødvin er anbefalelsesværdigt.

6.2.3 Feminas sundhedsindhold – kvalitativ analyse

Som det eneste medie i samplet bringer Femina ikke artikler om statiner⁶⁶. Derimod har Femina i rigt omfang råd og anbefalinger til sundhed, der nærmest har karakter af påbud. Den didaktiske tilgang til sundhed understreges af, at Femina er det medie i samplet, der oftest benytter *den medicinske autoritet* som adressering af læseren. På det redaktionelle plan er der til gengæld længere imellem de store autoriteter på sundhedsfeltet.

I Femina bliver læserne i bogstaveligste forstand kommanderet til at være sunde. Brugen af imperativ er det typiske gennemgående træk, når et bestemt råd bliver givet. Et godt eksempel er en oversigtsartikel fra d. 19. juli 2012, der giver gode råd. Overskriften lyder: *Spis og styrk dig slank: Stram op!* Derefter gives i overskriftsform følgende anbefalinger:

- LAD VÆRE MED AT FOKUSERE PÅ FEDTFORBRÆNDING HELE TIDEN
- SPIS DINE GRØNTSAGER
- SPIS NOK PROTEIN
- FIND STRESS NED-STRATEGIER
- LEG SÅ MEGET SOM MULIGT

⁶⁶ Femina har ikke bragt én artikel om statiner, siden Infomedia begyndte sit virke d. 1. januar 1990 og frem til d. 1. juli 2017.

(Femina d. 19. juli 2012)

Det hele afsluttes med gode råd i form af et træningsprogram, der strammer op. *Her er dit træningsprogram* er overskriften, og derefter anvendes imperativformen *træn* flittigt i resten af artiklen. De mange påbud efterlader ikke læseren med den mindste plads til tvivl om, hvilke handlinger der er eftertragtellesværdige. *Her er dit træningsprogram* vidner om, at det er for læserens eget bedste, og at budskabet ikke er til forhandling. Den kommanderende tone synes at forudsætte, at læseren er skeptisk, og at det er nødvendigt med den kommanderende stil for at trænge igennem. Adressering af læserne ved brug af bydeform er ukonstruktiv i forhold til den motiverede patient/læser, der ønsker at omlægge sin livsstil og følge rådene (Honey et al. 2015: 67). En forklaring på tonen kunne være, at nogle af individerne i det traditionelle segment har svært ved at afkode medierne (Dahl 1996: 11-12) og derfor har behov for at få budskabet serveret uden omsvøb.

Samtidig er der en tendens til, at a priori viden bliver præsenteret i Femina som endegyldige sandheder. Stenalderkost, 5:2- og LCHF-kuren er uden diskussion sunde. Et godt eksempel er en artikel bragt d. 27. juni 2013 under overskriften *Stenalderkost – En guide til sund livsstil*, hvorefter det er formuleret således:

Det handler som bekendt om at undgå brød, pasta og ris og i stedet spise masser af grøntsager, nødder, frugter, bær og kød og fisk. Ikke et nyt princip...

(Femina d. 27. juni 2013)

Formuleringen *det handler som bekendt om* indikerer klart over for læseren, at det her ikke er nyt, og at der er konsensus om, hvilke sundhedstiltag der er nødvendige. Flere af rådene strider direkte imod de officielle kostråd fra Fødevarestyrelsen, hvor brød og pasta baseret på fuldkorn tilrådes, mens masser af kød frarådes⁶⁷. På lignende vis er andre anbefalinger ikke baseret på videnskab eller evidensbaseret viden, men snarere på journalistiske indskydelser, som f.eks. artiklen *5 måder at gøre din sunde livsstil til en fest på* fra d. 26. april 2012, hvor det igen i overskriften er underforstået, at læserne på forhånd fører en sund livsstil. De to første råd lyder:

Køb ind efter regnbuens farver

Gør det sjovt at handle ind til dine sunde vaner. Få indkøbskurven til at sprudle af farver og eksotiske dufte. Prøv at arrangere dine varer i farveorden – det ser imponerende ud på transportbåndet ved kassen.

Eksotiske sager

Prøv noget nyt. Køb grøntsager, du aldrig har smagt før, og gå på opdagelse i de eksotiske frugthylde i supermarkedet. Tag på opdagelsesrejse i en helsekostbutik.

Prøv nye superfood-snacks, du aldrig har prøvet før...

Gør din nye livsstil til en opdagelsesrejse og vær nysgerrig på alle de nye muligheder.

(Femina d. 26. april 2012)

Igen er brugen af imperativ det gennemgående træk, mens rådene synes opfundet til lejligheden af forfatter Caroline Fibæk, der er uddannet Naturopath i Biologisk Medicin ved Institut for Biologisk Medicin. Instituttet har specialiseret sig i alternativ behandling. Her er tilgangen harmløs, medmindre læseren er en entusiastisk og uheldig fødevareallergiker, som Femina tidligere fejlagtigt har rådgivet. Der er ingen kilder, der underbygger eller giver belæg for, hvordan fødevarer arrangeret i regnbuens farver, opdagelsesrejse i en helsekostbutik eller nye superfood-snacks skulle befordre en sundere livsstil.

⁶⁷ Kilde: Fødevarestyrelsens kostråd <http://altomkost.dk/deofficielleanbefalingertilensundlivsstil/de-officielle-kostraad/>

Formålet med Feminas sundhedsstof er ikke oplysning og seriøs rådgivning, men adspredelse, helt på linje med pointen om, at sundhedsindholdet bliver afpasset mediets krav om underholdning (Christensen 2013: 121). Samtidig skal rådene være nemme at overskue, og resultatet af anstrengelserne skal kunne ses så hurtigt som muligt. At tid er afgørende, ses af eksperterne på bladets egne publikationer og blogs, Thorbjörg Hafsteinsdóttir har skrevet bogen *10 år yngre på 10 uger*, og Anna Bogdanova står bag bloggen *21 dage til sprød(ere) silhuet*⁶⁸, mens Per Brændgaard er forfatter til bogen *Slank på ét sekund*. Der er fokus på den hurtige entreprenørløsning omkring sundhed, som er en typisk konsekvens af medialiseringen (Christensen 2013: 121).

Det er tydeligt, at den nemme løsning er at foretrække, og det gøres blandt andet ved, at læserne får mulighed for at booste deres sundhed. I relation til den leksikalske processering er det at booste sin sundhed en gennemgående metafor i bladet og kan ske på flere forskellige sundhedsområder:

- Booste sin forbrænding (19. april 2012)
- Booste sit helbred (2. august 2012)
- Booste sit bikinilook (24. april 2013).

Formålet med at booste er for læseren overordnet set altid at forbedre sin sundhed og ikke mindst sin fremtoning. Der ligger konstant en implikation i artiklerne af, at formen, udseendet eller helbredet ikke helt er godt nok og derfor altid kan forbedres. For eksempel ved hurtigt at booste visse processer eller specifikke kropsdele. Denne tendens til at føle sig mindre sund end gennemsnittet er en oplevelse, som generelt er udbredt hos kvinder (Schøler og Otto 2011: 72), og som der spilles på i kampen om læserne. Nærmest som en trøst til de mest selvkritiske læsere beskæftiger en række artikler sig omvendt sig med, at det er svært at skulle leve op til alle de krav om sundhed, som bliver stillet i hverdagen og ikke mindst i Femina. Således skriver Per Brændgaard d. 30. august 2012 under den meget ambitiøse overskrift *Sandheden om sund kost og motion* følgende beroligende indlæg:

Det er let at blive forvirret, hvis man interesserer sig for sund kost og motion...

Der er ingen grund til at få sundheds-stress over sundhedsmodens luner.

Du kan roligt slappe af og finde frem til den kost og motion, der er sund nok for dig, og som passer til din psyke, dit sociale liv og dine hverdagsrutiner.

(Femina d. 30. august 2012)

Her er det stadig underforstået, at det er vigtigt at være sund, men ikke for enhver pris, og verbet *skal* er erstattet med det mere nedtonede *kan*. En tilsvarende artikel, der skal være med til at booste læserens selvtillid og troen på egen krop, er en artikel bragt d. 13. marts 2014 under overskriften *Slap af, kvinde - du er lækker som du er!* Her er det, som det bemærkes i teksten, 3 lækre mænd, der fortæller om, hvor dejlige kvinder er, uanset hvordan deres krop ser ud. Her lyder det i indledningen:

For hvis skyld er det egentlig, at vi kvinder kæmper en evig - og umulig - kamp for at ligne et supertyndt, langbenet, storbarmet og rynkefrit idealbillede? Hvis det er for mændenes, kan vi godt holde op med det samme! De er nemlig helt ligeglade med, om vi har hængebryster, grå hår eller ekstra kilo på sidebenene. Og de er ved at være trætte af at prøve at overbevise os om, at vi faktisk er dejlige, som vi er. Femina har mødt tre (lækre) mænd, der giver os deres mening om vores jagt på det perfekte udseende.

(Femina d. 13. marts 2014)

⁶⁸ <https://annabogdanova.dk/21dage/>

At det er kvindekroppen, der fokuseres på, er ikke tilfældigt, idet kvindekroppen altid har været monitoreret og under opsyn ikke mindst af kvinder selv (Schøler og Otto 2011: 73). Der er en meget stor diskrepans mellem de to sidstnævnte artikler, som næsten patroniserende i tonen forsøger at opmuntre de kvindelige læsere, og den gennemgående tilgang i bladet, hvor Femina benytter sig af kommanderende imperativer, når det ene sundhedsråd efter det andet pålægges læserne.

Kroppen og dermed den ydre sundhed er meget vigtig i Femina, mens det er mindre betydningsfuldt, om sundhedsrådene er veldokumenterede. Femina benytter færrest kilder i samplet og oftest af alle medier kilder fra nettet. Måske derfor lykkes det heller ikke for sundhedseksperterne eller sundhedsredaktøren på bladet at identificere alle svipsene. Det hævdes blandt andet, at kolde kulhydrater er sundere end varme kulhydrater, uden skelen til at fordøjelsesprocessen uanset starttemperaturen foregår ved kropstemperatur (Femina d. 12. juli 2012). Ernæringseksperter Per Brændgaard fejlciterer d. 13. september 2012 Statens Husholdningsråds berømte kampagne fra 1986 ved at omskrive "Du blir' hvad du spiser" på følgende vis:

Nogle siger: "Du er, hvad du spiser". Jeg siger: "Du spiser, hvad du er". Acceptér, hvad du er, og spis så sundt som muligt inden for de rammer, som din menneskelighed giver dig.

(Femina d. 13. september 2012)

Man kan kun håbe, at den fornuftige og menneskelige læser ikke ræsonnerer sig frem til, at vedkommende er et *menneske* og derefter følger det kontroversielle råd om kannibalisme.

Sundhed i Femina er således ikke kendetegnet ved at være baseret på medicinske fakta, men på ønsket om at underholde læserne. Læsergruppen tilhører primært de fællesskabs- og traditionelle fællesskabs-orienterede segmenter, som måske nok går op i sundhed, men ikke altid er sunde i praksis (Dahl 1996: 12). Feminas læsere opfatter overordnet sundhed som et mål, men er delt i to grupper. Her skelnes der mellem sundhed som et manipulerbart eller ikke manipulerbart mål (Otto 1997: 88-89). Den mere moderne del af læserne, der mener, at sundhed er manipulerbar, vil have størst tendens til at følge de råd, som bliver udstukket i bladet, da de tror på, at ansvaret for egen sundhed påhviler det enkelte individ. Den mere traditionelle læser, der ikke mener, at sundhed er manipulerbar, vil derimod være mere tilbøjelig til at søge alternative forklaringer og anvisninger, hvor årsagen til sundhed ligger uden for det enkelte individ. For denne del af målgruppen vil Caroline Fibæks alternative og mere spirituelle tilgang til sundhed være langt mere plausibel. Samme segment vil heller ikke finde det problematisk, at man anbefaler en bog om sundhed (Femina 15. september 2011), hvor det at være tidligere automekaniker er forfatterens eneste forudsætning for at skrive om sundhed. Læserne bliver underholdt til trods for det faktum, at manglende videnskabelig indsigt er et typisk eksempel på, hvorfor sundhedsjournalistik ofte mister sin troværdighed (Seale 2004: 53).

6.2.4 Ude og Hjemmes sundhedsindhold – kvalitativ analyse

Ude og Hjemme er det medie i samplet, der set i forhold til oplagsfrekvensen oftest beskæftiger sig med statiner og sundhed. Adresseringen af læserne foregår enten via den klassiske *medicinske autoritet* eller *patienten som forbruger*. Det er dog svært i praksis at skelne mellem de to tilgange, da de i Ude og Hjemme ofte bliver kombineret i den enkelte artikel. Det er ikke et specielt paradoks, men en generel tendens, at de tre henvendelsesformer sjældent optræder i deres rene form (Briggs og Hallin 2016: 25). Et godt eksempel på denne blanding af adresseringen af læserne er et læserbrev bragt d. 5. september 2012. Her spørger en læser om råd efter at være blevet behandlet med en ballonudvidelse. Efterfølgende har hun læst diverse artikler og er kommet i tvivl, om hun må tage naturlægemedlet Guarmin sammen med sin kolesterolsænkende medicin. Læseren er altså et klart udtryk for en *ekspertpatient*, der søger yderligere oplysninger i forbindelse med egen behandling af sin sygdom. Svaret som følger er derimod domineret af *den medicinske autoritet*:

Jeg har tjekket den officielle database for de såkaldte interaktioner, det vil sige, hvorvidt forskellige lægemidler og naturlægemidler kan tages samtidig, eller om de forstyrrer hinandens virkninger. På nuværende tidspunkt antager man ikke, at der sker noget ved at benytte Guarmin sammen med lægemidler. Så det må du godt. Da kostfibre kan nedsætte optagelsen af medicinen, bør du dog først anvende Guarmin cirka to timer efter indtagelse af medicin. Overvej desuden at forsøge præparatet Q10 mod dine muskelsmerter, som er en velkendt bivirkning til kolesterolsænkende statin-medicin. Dosis er 30 milligram Q10 dagligt. Mange hilsner Jerk W. Langer.

(Ude og Hjemme d. 5. september 2012)

Her skinner den medicinske autoritet igennem, når Jerk Langer meget belærende skriver *det må du godt* og bruger verbet *bør* i imperativ. Den didaktiske tilgang er dog nedtonet i den sidste del af svaret, der derfor mere kommer til at minde om en dialog, når det anbefales at benytte Q10 som middel mod muskelsmerter. Jerk W. Langer har brevkassen "Sundhed uden recept", og her anbefales naturmedicin og motion som et supplement til den receptpligtige medicin. Et af Langers mest anbefalede alternative midler er det ovenfor nævnte Q10, som hele fem gange i samlet bliver anbefalet til reduktion af de muskelsmerter, som kan følge med statinbehandlingen. Selvom Langer tror på den alternative medicin, fremstår han ikke som fanatisk. Således stiller han sig høfligt tvivlende overfor, om Q10 skulle kunne virke positivt for potensen (Ude og Hjemme d. 5. februar 2014) og afviser kategorisk, at en symbiotisk virkning af ingefær og hvidvin skulle have en kolesterolsænkende effekt:

For det første synes jeg, at det er dumt at ødelægge en god flaske vin med ingefær. Det skal man vist være meget ingefærelskende for at sætte pris på. Når der samtidig ikke er videnskabeligt belæg for, at ingefær har effekt på kolesteroltallet, synes jeg ikke, at du skal spilde tid på det råd.

(Ude og Hjemme d. 5. februar 2014)

Spørgsmålet er imidlertid typisk for den traditionelle tilgang til sundhed, idet en klog ven har givet spørgeren det sympatiske, men ikke videnskabeligt understøttede råd om ingefær og hvidvin, som nu bliver efterlevet. Kloge mænd og koners råd betragtes i dette segment som legitime i behandlingen og uddrivelsen af det onde (Dahl 1996, 2005). Her det lede kolesterol. En stor del af Ude og Hjemmes læsere sværger således til de alternative løsninger, som anbefales af Jerk Langer og ikke mindst den clairvoyante Anne-Marie Østersø. For Ude og Hjemme gælder det, at bladet har slået sig op på naturmedicin, mirakelhistorier, alternative kure og slankning (Poulsen 1995: 18). Specielt den slanke linje holdes stadig i hævd af Arne Astrup alias "Doktor Slank" og Lisa Bolting, formand for "Slankeklubben". Men i begge tilfælde er der tale om professionelle sundhedskapaciteter på området, og den alternative stil er siden Poulsens analyse nedtonet kraftigt.

Naturmedicinen er således altid et supplement til den receptpligtige medicin, og det anbefales ikke at tage nogen chancer eller at eksperimentere med sit helbred. Jerk Langer råder aldrig læserne til at stoppe deres statinbehandling. Rådene i Ude og Hjemmes sundhedsbrevkasser er over en bred kam evidensbaserede og velunderbyggede, og statiner anbefales generelt, men det forhindrer imidlertid ikke læserne i at være bekymrede omkring brugen af statiner.

Jeg er 58 år og rask, bortset fra at jeg tager kolesterolsænkende medicin. Men jeg er altså utryk over at fortsætte med pillerne, fordi de ofte får dårlig omtale på grund af bivirkninger. Jeg spiser også en hvidløgspele hver dag.

(Ude og Hjemme d. 2. oktober 2013)

Det paradoksale ved læserbrevet er, at den 58-årige spørger ikke selv har bivirkninger, men bliver utryk ved brugen på grund af dårlig omtale. Her må det formodes, at *får dårlig omtale* betyder, at statiner bliver omtalt ufordelagtigt i medierne og ikke blandt venner og bekendte. Spørgsmålet understreger sammen med lignende spørgsmål stillet i både Ude og Hjemme, og som tidligere beskrevet i Politiken, at mediernes skiftende anbefalinger påvirker statinbrugerne. Helt i tråd med blandt andet Kruger et al.'s (2015) og Kriegbaum et al.'s (2017) resultater påvirker negativ medieomtale statinbrugerne, hvilket medfører, at de vejer risiko ved non-adherence op mod eventuelle bivirkninger. Det er et udfordrende dilemma på egen hånd at skulle tage stilling til, og derfor konsulteres eksperterne i det medie, som er spørgerens foretrukne. Her gælder det, at vurderingen for eller imod afhænger af fortolkning, og om anbefalingerne synes velbegrundede (Giddens 1996: 145). Det afgørende er altså en vurdering hos spørgeren af, om svaret er plausibelt eller ej. Paradokset er imidlertid, at Jerk Langers og tilsvarende Klarlund Pedersens svar aldrig kan blive andet end tentative, da de aldrig bliver forelagt alle de oplysninger om spørgerens helbred, som er nødvendige for at give et reelt svar. Den ansvarsbevidste brevkasseredaktør kan derfor kun opfordre til fortsat adherence og en konsultation hos egen læge, da denne formodentlig ligger inde med flere oplysninger og kan give et mere retvisende svar. Problemet er, at lægen formentlig allerede har været konsulteret, og at svaret her muligvis har været tilsvarende inkonklusivt. De praktiserende lægers indsigt på statinområdet er præget af mangelfuld og utilstrækkelig viden (Kirkegaard et al. 2012: 245 – 248), fordi den tiltagende specialisering og akkumulering af viden efterlader lægen i samme situation som patienten (Giddens 1996: 148).

Langers og Pedersens svar ender af mangel på oplysninger med at blive pseudosvar, der er i overensstemmelse med den adressering, den typiske læser i deres respektive medier forventer. Klarlund Pedersens meget omfattende og holistiske svar giver muligvis ikke den specifikke læser det ønskede svar, men udstyrer derimod kernelæseren med en opfattelse af, at man som *ekspertpatient* er nødt til selv at veje for og imod og tage aktivt stilling. Jerk Langers kortfattede svar er tilsvarende helt i overensstemmelse med *den medicinske autoritet* og udviser samtidig respekt for læsernes tro på alternativ medicin:

Snak med lægen om de kolesterolsænkende piller, herunder bivirkninger. Statiner, som medicinen hedder, hjælper dog mange mennesker, så stop ikke med pillerne på egen hånd. Fortsæt med hvidløgstilskuddet, der er nyttigt for kredsløbet og modvirker åreforkalkning.

(Ude og Hjemme d. 2. oktober 2013)

På denne salomoniske vis bliver Langers svar et råd, der kan bruges af både Ude og Hjemmes traditionelle individorienterede læsere, der har en stor tiltro til den kliniske medicin, og et anvendeligt råd til de traditionelle fællesskabsorienterede læsere, der sværger til den alternative medicin.

På denne måde anvender forskellige medier forskellige adresseringer, således at bestemte patientroller bliver anvendt med udgangspunkt i læsernes sociodemografiske karakteristika (Briggs og Hallin 2016). Derved bliver læserne bekræftet i deres allerede prædisponerede tilgang til sundhed. Det øger chancen for, at budskabet bliver efterlevet. Jo mere adækvat og relevant den modtagne sundhedsinformation er i relation til egne oplevelser, jo større er sandsynligheden for, at budskabet bliver indoptaget (Tolmie et al. 2003: 148).

At Langers svar ikke er så omfattende som Klarlund Pedersens, skyldes også, at Ude og Hjemmes læsere generelt er læse- og informationssvage (Poulsen 1995: 18), og at et langt og grundigt svar som i Politiken formentlig vil skabe mere forvirring end afklaring.

Et godt eksempel på denne mangel på information og praktisk indsigt på det medicinske felt kan ses i et spørgsmål stillet til Anne-Marie og Henrik Münster d. 21. september 2011. De to læger bestyrer lægebrevkassen *Familie, sex og samliv*. Spørgsmålet omhandler fordele og ulemper ved statiner, som spørgeren påtænker at tage, da hans kolesteroltal ligger over 7. Han er imidlertid kommet i tvivl om fordelene ved at tage statiner efter at have læst Uffe Ravnsborgs bog og forstår ikke, at der kan være

forskel på bogens pointer og de "officielle" råd. Læseren sætter selv officielle i citationstegn for at understrege sin skepsis over for de lægevidenskabelige anbefalinger. Dahl mener, at den informations- og læsesvage del af de traditionelle segmenter har svært ved selv at formulere en rationel procedure til at afgøre sandheden af et argument fremført i medierne (Dahl 1996: 11-12) og derfor ofte afgør et argument ud fra, om afsender og kilde er troværdige. Svaret forsøger at underbygge afsenders og lægevidenskabens troværdighed gennem en pædagogisk lægelig indføring i den medicinske forskning:

Når blandt andre en læge som Uffe Ravnskov er imod den slags medicin, skyldes det, at lægevidenskab ikke er så firkantet.

Man er jo nødt til at forske sig frem til en forståelse af sygdom og behandling. Det gør, at man får bedre forståelse for en sygdom, efterhånden som årene går. Det gør også, at man nogle gange må justere og ændre på den anbefalede behandling.

Nogle gange må man endda erkende, at det, man hidtil har gjort, har været direkte forkert. Sådan er videnskab.

Spørgsmålet om kolesterol er meget kompliceret.

(Ude og Hjemme d. 21. september 2011)

Det er sandsynligt, at spørgeren på forhånd finder kilden, altså Ude og Hjemme, troværdig, ellers ville mediet næppe være blevet konsulteret. Om svaret også er troværdigt, afhænger naturligt af den enkelte læsers overbevisning, men i relation til den store medicinske uenighed på statinfeltet er det et korrekt og troværdigt svar. Ekspertopinion kan som beskrevet skifte, og medicinske teorier har under tiden behov for at blive revideret (Giddens 1996: 144). Derfor ender svaret også med en anbefaling af brugen af statiner, der er i overensstemmelse med de nyeste retningslinjer for individer med et kolesteroltal over 7. Samtidig er anbefalingen den mindst risikobetonede anbefaling, præcis som Langers svar også altid er. Endelig bekræfter spørgsmål og svar, at mediernes fokus på den forskningsmæssige uenighed på statinfeltet skaber forvirring og usikkerhed hos statinbrugerne.

På lige fod med resultaterne fra de andre medier i indholdsanalysen findes der i Ude og Hjemmes artikler eksempler på, at bladet modsiger sig selv og giver modsatrettede råd. Således fastslår Arne Astrup d. 27. juni 2012, at LCHF-kuren er direkte farlig for kroppen, mens der d. 8. januar 2014 bliver bragt et helt tillæg, hvor kuren anprises af Jane Faeber, som er cand.mag. i fransk og retorik. Tillægget er uvidenskabeligt i sin tilgang til sundhed, hvilket formentlig beror på forfatterens manglende medicinske uddannelse. Tillægget er meget atypisk i sin tilgang, da det mere er reglen end undtagelsen, at sundhedsstof i Ude og Hjemme bliver skrevet og redigeret af sundhedsprofessionelle, der er eksperter på deres respektive felter.

Ude og Hjemme er kendetegnet ved at have det største antal eksperter tilknyttet sundhedsredaktionen. De medbringer en naturlig ekspertise og indtager med stor troværdighed qua deres uddannelse professionelt rollen som sundhedsformidlere. Adresseringen af læseren i relation til sundhedsindholdet i Ude og Hjemme fremstår, primært grundet den omfangsrige anvendelse af brevkasser, som en blanding mellem *patienten som forbruger* og *den medicinske autoritet*. Hvor spørgsmålene ofte vidner om sundhedsaktive ekspertpatienter blandt læserne, udfoldes svarene på klassisk manér med lægen som den autoritære doserende ekspert. Den autoritære tilgang er dog langt mere nedtonet end i Femina, og brugen af imperative verber er mindre udbredt. Ude og Hjemmes læsere tilhører udpræget de traditionelle segmenter, hvor synet på sundhed er delt mellem sundhed som mål eller middel i forsøget på at opnå det gode liv. Uanset tilgangen understreges deres tilhørsforhold til den traditionelle livsstil af det faktum, at det, der oftest spørges om i alle brevkasserne, er den gavnlige effekt af kaffe. For denne del af befolkningen udgør kaffe nemlig en vigtig del af det gode liv – ikke rødvin som blandt Politikens læsere.

Det traditionelle segment omfatter også individer, der ikke er orienteret mod sundhed, fordi de slet ikke tænker medicinsk og derved er ubekymrede omkring død og sygdom (Otto 1997: 88-89). Der er ingen artikler i det samlede sample, som beskriver en sådan fatalistisk tilgang til sundhed. Ingen af de fire medier beskriver i nogen artikler sundhed som tilfældigt eller skæbneafhængigt, og at det ikke betyder noget, om

man holder sig sund. Det skyldes, at den fatalistiske læser ikke er orienteret mod sundhed og derfor ikke vil læse artikler om emnet. Med andre ord findes målgruppen, men den kan ikke adresseres, da indhold om sundhed ikke er et attraktivt emne for dem. Desuden ville artikler, der definerede sundhed som tilfældighedernes spil, være kontraproduktive for andre læsergrupper, der ville få deres sundhedssyn udfordret. Endelig ville det på nationalt plan og i en statslig kontekst formentlig skabe voldsomt debat, hvis et medie gik frem og agiterede for, at befolkningen skulle lade stå til på sundhedsområdet. Det ville modarbejde de statslige incitamentsstrukturer, der skal overbevise befolkningen om selv at tage ansvar (Vallgård 2002: 84).

Den fatalistiske del af befolkningen er fortrinsvis mænd, og de læser sjældent Ude og Hjemme og vil, i fald de gør, ikke være kernelæsere af sundhedsstoffet. Det burde de måske overveje at blive, for Ude og Hjemme er trods deres image langt hen ad vejen et relativt troværdigt medie på sundhedsfeltet, specielt set i forhold til BT og Femina. Når det gælder om at holde sig sund og sit kolesteroltal nede, pointerer Arne Astrup følgende om Ude og Hjemme i forhold til indholdet af andre medier:

Konklusionen er, at det bedst kan betale sig at læse Ude og Hjemme.

(Ude og Hjemme d. 24. april 2013)

6.2.5 Opsummering

Der er generelt på sundhedsområdet og på statinfeltet i særdeleshed en udpræget tendens til, at indholdet både internt i de enkelte medier og på tværs af alle medier er selvmodsigende og inkonsistent. Der hersker en udpræget grad af inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans i samplet. Det, der anbefales den ene dag, frarådes den næste. Det sker tit internt i de enkelte medier, men lige så ofte på tværs af medierne i samplet.

På baggrund af den udprægede grad af inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans i samplet tegner der sig tre gennemgående frames, der bliver benyttet i vinklingen af statiner:

- **Statiner som en medicinsk og forskningsmæssig kampplads**
 - Eksemplificeret i artiklen "De slås om dit kolesteroltal" bragt i BT d. 24. april 2012.
- **Statiner som forbyggende og nødvendig livsforlængende medicin**
 - Eksemplificeret i artiklen "900.000 raske bør tage medicin" bragt i BT d. 19. april 2012.
- **Statiner som bivirkningsfremkaldende og unødvendig medicin**
 - Eksemplificeret i artiklen "Kolesteroltal bekymrer" bragt i Politiken d. 10. marts 2012.

Som på det medicinske felt tegner der sig ikke noget billede af, at der er fastlagt en generel konsensus om statiner i medierne. Derfor vil de efterfølgende resultatanalyser blandt andet fokusere på, hvilken betydning disse tre frames har for den udbredte forvirring og usikkerhed, som de mange læserbreve er udtryk for, og som generelt hersker på sundhedsområdet. Desuden vil de forskellige patientroller, sociodemografiske parametre og specifikke segmenter blive diskuteret specifikt i forhold til statinfeltet og sundhedsfeltet mere generelt.

6.3 Spørgeskemaanalyse

Med framing-teorien som strukturerende tilgang til resultatanalysen bevæger afhandlingen sig ind på en analyse af modtageren som afhængig variabel (Scheufele 1999). Her skal der redegøres for, hvordan befolkningen og i dette tilfælde surveyets respondenter bliver påvirket af det medieindhold, som indholdsanalysen afdækkede som inkonsistent, selvmodsigende og med en gennemgående tendens til en inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans. Samtidig vil det blive undersøgt, i hvilket omfang respondenterne bliver påvirket negativt i form af forvirring og usikkerhed. Det ligger ikke inden for spørgeskemaets forklaringsramme at belyse årsagen til udbredelsen af de tre gennemgående statinframes, som indholdsanalysen identificerede. Det vil kun være muligt at identificere udbredelsen af en statinframe i forhold til positiv eller negativ framing og ikke specifikt de tre framing-typer. Påvirkningen i forhold til disse tre frames er for subtil til, at den mere overfladiske kvantitative analyse af tendenser vil kunne afdække denne meget specifikke problemstilling, og den vil derfor blive belyst via interviewanalysens kvalitative årsagsafdækkende metodik. På det praktiske plan vil survey-analysen imidlertid kunne afdække sammenhænge mellem sociodemografi, KRAM-faktorer, statin-adherence og så mediebrug. Analysen vil rent praktisk afdække disse parametre på følgende vis:

- Sociodemografi: Køn, alder og uddannelse
- KRAM-faktorer
- Forvirring og utryghed
- Søgeaktivitet.

De enkelte parametre vil først blive beskrevet i en numerisk sammenhæng på baggrund af de til spørgeskemaundersøgelsen genererede data. Derefter vil de enkelte fund blive sat i relation til uddybende teoretiske pointer for dermed at bidrage til en refleksion over betydningen af de enkelte resultater i forhold til afhandlingens problemstillinger. Der vil derfor i praksis være tale om præsentation af data efterfulgt af en uddybende perspektivering.

Surveyet blev besvaret af 3050 respondenter i foråret 2015. De var i alderen 45-75 år, og heraf var 732 (24%) nuværende eller tidligere statinbrugere. Spørgeskemaet indeholder 78 unikke spørgsmål, der sammen med underspørgsmål i alt udgør 200 spørgsmål.

Den typiske respondent er en faglært kvinde på 68 år, der er samboende, ikke-ryger og drikker alkohol. Hun gør selv noget aktivt for at have et godt helbred og har fået målt sit kolesteroltal, men tager ikke statiner. Hun forventer selv at blive 90 år og følger altid sin læges råd og ofte mediernes ditto (bilag C4.1).

6.3.1 Sociodemografi: Køn, alder og uddannelse

6.3.1.1 Køn

Kønsfordelingsmæssigt udgjorde kvinderne 50,8%, og mændene 49,2% af samplet, og signifikant flere mænd (27%) end kvinder (21%) har taget eller tager statiner (bilag C4.2). Denne observation passer også med de officielle tal for den kønsmæssige forskel i brugen af statiner (Sundhedsstyrelsen 2015: 1). I lighed med læserprofilerne for de i indholdsanalysen undersøgte medier finder kvinder Femina og Ude og Hjemme signifikant mere troværdige end mænd, der modsat finder BT mest troværdig. Der er ingen signifikant forskel på mænds og kvinders syn på Politikens troværdighed (bilag C4.3-C4.7). Ser man derefter på kønsfordelingen i forhold til, hvordan respondenterne oplever statiner beskrevet i medierne, synes der kønnene imellem at være enighed om, at statiner generelt bliver omtalt neutralt eller som gavnlige. Dog finder kvinder i overensstemmelse med indholdsanalysens resultater, at statiner bliver beskrevet som både skadelige og gavnlige. Forskellen mellem mænd og kvinder er ved denne observation

signifikant⁶⁹. Det er dog tydeligt, at den positive framing af statiner er den dominerende. Fordelingen kan ses i tabel 40.

Kønsfordelingen i forhold til beskrivelse af statiner i medierne

									Total
			Meget skadeligt	Skadeligt	Neutralt	Gavnligt	Meget gavnligt	Både skadeligt og gavnligt	
Køn	Mand	Count	26 1%	122 4%	510 17%	507 17%	113 4%	214 7%	1492 49%
	Kvinde	Count	22 1%	148 5%	469 16%	463 15%	125 4%	313 10%	1540 51%
Total		Count	48 2%	270 9%	979 32%	970 32%	238 8%	527 17%	3032 100%

* 18 respondenter besvarede ikke spørgsmålet om beskrivelsen af statiner.

Tabel 40

Ser vi på tilliden til lægen (tabel 41), følger begge køn lægens råd. 95% af surveypopulationen følger altid eller ofte lægens råd. Der er dog en tendens til, at kvinderne gør det oftere end mændene.

Andelen af kvinder og mænd der følger lægens råd

					Total
			Sjældent	Ofte/altid	
Køn	Mand	Count	86	1415	1501
			3%	46%	49%
	Kvinde	Count	55	1494	1549
			2%	49%	51%
Total		Count	141	2909	3050
			5%	95%	100%

Tabel 41

Endelig viser tabel 42, at der er tendens til, at kvinder signifikant oftere end mænd følger mediernes råd. Respondenterne er i mindre grad villige til at følge mediernes end lægens råd – kun knap to tredjedele følger mediernes råd.

⁶⁹ I tilfælde, hvor observationer omtales som signifikante, er der benyttet en beregning af sikkerhedsinterval for andel i en stikprøve med et sikkerhedsniveau på 95% ved benyttelse af følgende formel for konfidensintervallet:

$$p \pm z \sqrt{\frac{p(100-p)}{n}}$$

Andelen af kvinder og mænd der følger mediernes råd

					Total
			Sjældent	Ofte/altid	
Køn	Mand	Count	571	930	1501
			19%	30%	49%
	Kvinde	Count	453	1096	1549
			15%	36%	51%
Total		Count	1024	2026	3050
			34%	66%	100%

Tabel 42

Det kan, som det ses af tabel 43, sandsynligvis skyldes, at kvinder i forhold til den rekodede variabel søgeaktivitet⁷⁰ har signifikant større søgefrekvens i forhold til information om sundhed og statiner.

Fordelingen af kvinder og mænds søgeaktivitet

					Total
			Lille søgeaktivitet	Stor søgeaktivitet	
Køn	Mand	Count	851	650	1501
			28%	21%	49%
	Kvinde	Count	734	815	1549
			24%	27%	51%
Total		Count	1585	1465	3050
			52%	48%	100%

Tabel 43

6.3.1.2 Alder

Den gennemsnitlige respondent er lige knap 61 år (bilag C4.8), og der er en klar tendens til, at den relative fordeling af antallet af statinbrugere stiger med alderen (tabel 44).

Antallet af statinbrugere fordelt efter alder

						Total
		45-52-årige	53-60-årige	61-68-årige	69-75-årige	
Statinbrugere	Count	52	149	251	280	732
		7%	21%	34%	38%	100%
Ikke-statinbrugere	Count	654	647	596	421	2318
		28%	28%	26%	18%	100%
Total		706	796	847	701	3050
		23%	26%	28%	23%	100%

Tabel 44

⁷⁰ Se appendiks for en uddybning af variablen.

Det stemmer overens med Sundhedsstyrelsens tal (2014: 17), og den generelle tendens til, at kolesteroltallet er stigende med alderen (Christensen 2007:18). Det er anbefalingen, at lægen udskriver statiner, når kolesteroltallet kommer op på et niveau over 5 mmol/l (Christensen 2007: 7). Det er derfor logisk, at antallet af statinbrugere er stigende i takt med, at kolesteroltallet og alderen stiger. Der er ingen aldersmæssig forskel i forhold til, om statiner generelt bliver opfattet som skadelige eller gavnlige, som det ses af tabel 45. Dog er der en tendens til, at bevidstheden om, at statiner bliver beskrevet både negativt og positivt, stiger med alderen. Generelt er det den positive framing, der er den dominerende, idet næsten 40% mener, at statiner beskrives som gavnligt i medierne, mens kun godt 11% mener, at statiner bliver beskrevet som skadelige eller meget skadelige.

Aldersfordelingen i forhold til beskrivelse af statiner i medierne*

Beskrivelse						Total
		45 - 52-årige	53 - 60-årige	61 - 68-årige	69-75-årige	
Meget skadeligt	Count	10	16	13	9	48
		1%	2%	2%	1%	2%
Skadeligt	Count	48	81	80	61	270
		7%	10%	9%	9%	9%
Neutralt	Count	268	258	251	202	979
		38%	33%	30%	29%	32%
Gavnligt	Count	235	244	268	223	970
		34%	31%	32%	32%	32%
Meget gavnligt	Count	59	67	71	41	238
		8%	9%	8%	6%	8%
Både skadeligt og gavnligt	Count	80	124	159	164	527
		11%	16%	19%	23%	17%
Total	Count	700	790	842	700	3032
		100%	100%	100%	100%	100%

* 18 respondenter besvarede ikke spørgsmålet om beskrivelsen af statiner

Tabel 45

Denne aldersbetingede indsigt i fremstillingen af statiner i medierne skyldes formodentlig, at lysten til at søge information om statiner via alle medier undtagen internettet stiger med alderen.

Meget få søger information om statiner i ugebladene (2%), mens 6-7% søger information om statiner i bøger eller tv eller radio (bilag C4.10).

Som det fremgår af Tabel 46 og 47, er internettet det foretrukne søgemedie, når det kommer til at søge information om statiner. Hele 28,3% af populationen benytter internettet til denne aktivitet, mens kun 5,7% benytter aviser til samme formål. Det er dog en markant observation, at den ældste aldersgruppe (de 69-75-årige) benytter internettet næstmindst, og at 10% af samme aldersgruppe benytter aviser til at søge samme information. De 10% af de ældste, der søger information om statiner via aviserne, er den højeste søgefrekvens for noget medie og nogen aldersgruppe ud over søgefrekvenser for søgning om statiner via internettet. Det understreger Kulturministeriets pointe om, at det er den ældste del af befolkningen, der benytter mest tid med landsdækkende dagblade (Slots- og Kulturstyrelsen 2016a: 30). Der er en tendens til, at respondenterne i takt med, at de bliver ældre, finder medieindholdet mindre troværdigt (bilag C4.11) og derfor med alderen sjældnere følger mediernes anbefalinger (bilag C4.12).

Aldersfordeling af søgning om statiner - internet

				Total
		Nej	Ja	
45-52-årige	Count	548	158	706
		78%	22%	100%
53-60-årige	Count	547	249	796
		69%	31%	100%
61-68-årige	Count	569	278	847
		67%	33%	100%
69-75-årige	Count	522	179	701
		75%	25%	100%
Total	Count	2186	864	3050
		72%	28%	100%

Tabel 46

Aldersfordeling af søgning om statiner - Aviser

				Total
		Nej	Ja	
45-52-årige	Count	690	16	706
		98%	2%	100%
53-60-årige	Count	762	34	796
		96%	4%	100%
61-68-årige	Count	792	55	847
		94%	6%	100%
69-75-årige	Count	631	70	701
		90%	10%	100%
Total	Total	2875	175	3050
		94%	6%	100%

Tabel 47

Som det samtidig ses af tabel 46 til 47, er det den yngste aldersgruppe på de 45-52-årige, der generelt søger mindst information om statiner i alle medier. Det skyldes, at emnet for denne gruppe er mindst relevant, da de tager færrest statiner. Den yngste aldersgruppe i denne undersøgelse er også den aldersgruppe, der har det bedste helbred i forhold til tilsvarende aldersgrupper i den danske befolkning som helhed (Sundhedsstyrelsen 2014a: 17). Når der ikke fokuseres på statiner, men på sundhed generelt, er det også den yngste aldersgruppe i undersøgelsespopulationen, der generelt har den næstlaveste søgelyst (bilag C4.12). De er mindre syge og søger derfor i mindre grad information om sundhed.

6.3.1.3 Uddannelse

Som beskrevet i sundhedskapitlet, er uddannelse den primære sociale determinant i relation til helbred og sundhed. Følgende afsnit vil derfor undersøge, om det også gør sig gældende specifikt på statinområdet og inden for sundhed og medier generelt.

Antallet af statinbrugere fordelt efter uddannelse

				Total
		Statinbrugere	Ikke statinbrugere	
Folkeskole og Faglærte	Count	370	950	1320
		28%	72%	100%
Gymnasium, HF og Kort videregående uddannelse	Count	136	471	607
		22%	78%	100%
Mellem og Lang videregående uddannelse	Count	226	897	1123
		20%	80%	100%
Total	Count	732	2318	3050
		24%	76%	100%

Tabel 48

Som tabel 48 viser, er der en meget klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og fordelingen af statinbrugere. Således er det tydeligt, at jo længere uddannelse, jo færre statinbrugere, hvilket også passer med, at ufaglærtes kolesteroltal siden midten af 1970'erne har været påvirket negativt (Sundhedsstyrelsen 2011b: 102). Blandt respondenter, som er ufaglærte eller faglærte, er andelen af statinbrugere 28%, mens den i gruppen med mellem eller lang videregående uddannelse ligger på 20%.

Modsat denne tendens til, at færre med længere uddannelse er statinbrugere, har de længst uddannede en højere søgefrekvens efter generel information om sundhed i medierne (bilag C4.13). Med hensyn til, hvordan uddannelse påvirker synet på fremstillingen af statiner i medierne, synes der ligesom i relation til køn og alder at være enighed om, at statiner fremstilles som neutrale eller gavnlige. Der er ingen uddannelsesmæssig forskel på, om statiner fremstilles som både skadelige og gavnlige (bilag C4.14).

Fokuseres der på betydningen af uddannelse og opfattelsen af troværdighed for de i indholdsanalysen valgte medier, ses en tydelig sammenhæng mellem medie og uddannelseslængde. Respondenterne blev via likertskalaspørgsmål fra 1 til 5, hvor 1 point var meget utroværdigt og 5 point meget troværdigt, bedt om at vurdere de fire mediers troværdighed på sundhedsområdet. Resultatet af de gennemsnitlige værdier i forhold til uddannelse kan ses i tabel 49.

Uddannelseslængdens betydning for den gennemsnitlige medietroværdighed*

		Troværdighed af information om sundhed - BT	Troværdighed af information om sundhed - Politiken	Troværdighed af information om sundhed - Femina	Troværdighed af information om sundhed - Ude og Hjemme
Folkeskole og Faglærte	Mean	2,68	3,29	3,05	3,02
Gymnasium, HF og Kort videregående uddannelse	Mean	2,57	3,61	3,05	2,90
Mellem og Lang videregående uddannelse	Mean	2,24	3,73	2,78	2,33

Tabel 49

Som det ses af tabel 49, falder alle mediernes gennemsnitlige troværdighed i takt med respondenternes uddannelseslængde, bortset fra Politiken, hvor den modsatte tendens gør sig gældende. I relation til beskrivelserne af målgruppen for de enkelte medier i indholdsanalysen passer respondenternes syn på troværdighed af de respektive medier med de uddannelsesmæssige karakteristika, de forskellige målgrupper havde i indholdsanalysen. Således finder de længst uddannede læsere Politiken mere troværdig end de kortere uddannede. Politikens læsere er i praksis også generelt de bedst uddannede. Omvendt finder respondenter med kort uddannelse BT, Femina og Ude og Hjemme mere troværdige end respondenter med en lang uddannelse, hvilket også passer med læserprofilen for disse medier. Spørgsmålet er så, hvor ofte respondenterne følger rådene givet af de medier, de orienterer sig imod. Her er der, som det fremgår af tabel 50, en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og tendens til at følge mediernes råd.

Fordeling mellem uddannelsesniveau og om man følger mediernes råd om sundhed

				Total
		Sjældent	Ofte/altid	
Folkeskole og Faglærte	Count	537 41%	783 59%	1320 100%
Gymnasium, HF og Kort videregående uddannelse	Count	188 31%	419 69%	607 100%
Mellem og Lang videregående uddannelse	Count	299 27%	824 73%	1123 100%
Total	Count	1024 34%	2026 66%	3050 100%

Tabel 50

Her er det tydeligt, at jo bedre uddannet respondenterne er, jo oftere følger de mediernes råd. Det samme gælder også med hensyn til lægens råd (tabel 51). Her er forskellen dog kun signifikant i forhold til de kortest uddannede. Her er der til gengæld tale om en markant tendens til, at respondenterne ikke følger deres læges råd.

Fordeling mellem uddannelsesniveau og hvor vidt man følger lægens råd

				Total
		Sjældent	Ofte/altid	
Folkeskole og Faglærte	Count	81 6%	1239 94%	1320 100%
Gymnasium, HF og Kort videregående uddannelse	Count	23 4%	584 96%	607 100%
Mellem og Lang videregående uddannelse	Count	37 3%	1086 97%	1123 100%
Total	Count	141 5%	2909 95%	3050 100%

Tabel 51

81 eller 57% af alle de respondenter, der sjældent eller aldrig følger lægens råd, er respondenter med folkeskolebaggrund eller faglært baggrund.

6.3.1.4 Sociodemografi i perspektiv

Sat i et forskningsmæssigt perspektiv er langt de fleste sociodemografiske resultater i overensstemmelse med de tidligere gennemgåede teorier og undersøgelser. Mænd har, som nævnt, generelt mindre fokus på sundhed (Meillier, Lund og Gerdes 1997: 216), og de går mindre til lægen (Danmarks Statistik – Statistikbanken 2016). Deres levetid er også kortere, og deres livsstil generelt mere usund end kvinders. Det resulterer i, at mænd har halvanden gang større risiko end kvinder for at dø af en kardiovaskulær sygdom (Sundhedsstyrelsen 2011a: 6). Hvilket igen bevirker, at flest mænd tager statiner, da flere af dem befinder sig i risikogruppen.

Samtidig er alder en afgørende faktor for andelen af statinbrugere. Med alderen stiger andelen af statinbrugere. Den kropslige entropi bevirker, at der gradvis sker en svækkelse af kroppens organer

(Fromholt og Munk 2002: 124-125) og herunder også en forkalkning af blodårerne. Brugen af statiner øges derfor i takt med alderen (Christensen 2007:18) og i takt med entropien, når grænseværdierne for koncentration af kolesterol i blodet overskrides.

Endeligt er andelen af statinbrugere størst blandt de kortest uddannede. Dette skyldes ikke mindst, at blandt andet ufaglærte har en mere risikopræget sundhedsmæssig adfærd. Således har en ufaglært arbejder en forventet levetid, der er næsten 7,5 år kortere end en akademiker (Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2012: 1).

Samlet set viser spørgeskemaundersøgelsen i lighed med andre lignende undersøgelser, at brugen af statiner er aldersmæssigt betinget, og at kort uddannede og mænds livsstil er mere risikobetonet og usund end gennemsnittet, og at de derfor i højere grad er på statiner.

Set i en medieteoretisk optik er der i relation til køn, alder og uddannelse også en lang række interessante observationer fra survey-undersøgelsen.

Mænd og kvinder orienterer sig generelt mod de medier, der interesserer dem mest, når det gælder tabloidaviser og ugeblade (Slots- og Kulturstyrelsen 2016b: 25). Således finder mænd BT mere troværdig end kvinder, der finder, at ugeblade er mere troværdige end mænd. Denne præference for bestemte medietyper skal ses i lyset af medialiseringens stigende tendens til at anvende sociodemografiske data i forbindelse med tilrettelæggelse af indhold. Det medfører, at bestemte patientroller i bestemte medier oftere end andre bliver præsenteret for modtageren. Som det fremgik af indholdsanalysen, er den dominerende adressering i form af den medicinske autoritet mest fremherskende i ugeblade og tabloidaviser, mens læseren oftest adresseres som ekspertpatient i Politiken. Jo længere uddannelse respondenterne har, jo højere troværdighed oplever de, at Politiken har som medie. Det sker, når avisens via sit indhold adresserer deres veludannede læsere i overensstemmelse med deres sundhedssyn og dermed bekræfter deres oplevelse af selv at være ekspertpatienter.

Ved at tiltale modtagerne som ekspertpatienter forudsættes det, at læseren aktivt tager stilling til de resultater og fakta omkring sundhed, som lægges frem i medierne eller hos lægen. Dette falder fint i tråd med, at det er de længst uddannede, der oftest følger råd i medierne og hos lægen, da det jo netop kræver, at man som individ tager aktiv stilling. Giddens (1996: 114) understreger helt i overensstemmelse med dette fund, at den højtuddannede gruppe er mest modtagelig over for omlægning af livsstil og adfærdsmønstre. Honey et al. (2015: 67) tilføjer, at disse omstillingsorienterede patienter blot skal anerkendes for deres synspunkter og blot have de rette informationer og anvisninger for at foretage aktiverende sundhedstiltag. Information og anvisninger, som de qua deres lange uddannelse og øgede søgefrekvens nemt opsøger via medierne.

Med andre ord understøtter medialiseringen og mediernes øgede segmentering de sociodemografiske sundhedsmæssige skævheder. De sundhedsorienterede individer understøttes og motiveres yderligere i deres sundhedsvalg, mens de mere sundhedsindifferent individer bliver tiltalt belærende omkring, hvad der er godt eller skidt, når de tiltales af den medicinske autoritet med forslag og tiltag, som ikke nødvendigvis er relevante i deres optik.

For den kortest uddannede gruppe gælder det, at de lytter mindre til deres læge, søger mindre information og sjældnere følger mediernes råd. Denne adfærd for den kortest uddannede del af respondenterne passer med den del af befolkningen, der ikke orienterer sig imod sundhed (Otto 1997: 88-89). De har ikke nogen praksis på feltet, og de lever uden forståelse eller interesse for, hvad sundhed er (Dahl 1996: 18). Det harmonerer med, at denne del af befolkningen er fatalistisk indstillet og ikke lytter til lægens råd, enten fordi de er ligeglade (Honey et al. 2015: 61-70), eller fordi de mener, at sundhedsinformation er selvmodsigende (Tolmie et al. 2003: 141-149).

Som en afsluttende bemærkning skal det påpeges, at den positive framing af statiner uanset sociodemografi oftest identificeres blandt respondenterne. Dette falder, som påpeget i indholdsanalysen, i naturlig tråd med, at det er den mest udbredte framing-tilgang uanset medietype.

6.3.2 KRAM-faktorer

Generelt er der flere rygere (26%) end ikke-rygere (23%), der tager statiner (bilag C4.15), lige såvel som der er flere statinbruger blandt dem, der ikke dyrker motion (27%), end blandt dem, der dyrker motion (23%) (bilag C4.16). Andelen af statinbrugere, der ikke spiser en sund kost, er 26%, mens det blandt ikke-brugere er 23% (bilag C4.17). Andelen af statinbrugere, der siger, de aldrig bruger smør i madlavningen, udgør 31%, mens 26% af ikke-statinbrugere aldrig anvender smør (bilag C4.18). Endelig spiller alkoholforbrug en betydelig rolle. Blandt dem, der ikke drikker alkohol, tager 32% statiner, mens det gælder for 23% af dem, der drikker alkohol (tabel 52).

Forholdet mellem indtagelse af alkohol og brugen af statiner				
				Total
		Statinbrugere	Ikke statinbrugere	
Drikker alkohol	Count	597	2036	2633
		23%	77%	100%
Drikker ikke alkohol	Count	135	282	417
		32%	68%	100%
Total	Count	732	2318	3050
		24%	76%	100%

Tabel 52

Dette kontraintuitive resultat beror formentlig på flere faktorer, men som udgangspunkt er det evident, at patienter med hjertelidelser frarådes at indtage alkohol (Hjerteforeningen⁷¹), mens statiner anbefales i sekundær profylakse (Sundhedsstyrelsen 2015: 2). Rationalet er derfor, at da hjertepatienter oftere tager statiner, vil de også oftere blive opfordret til ikke at drikke alkohol. Samtidig er der en signifikant overrepræsentation af respondenter, der ikke drikker alkohol, blandt respondenter med type 2 diabetes (bilag C4.19). Og hele 84% af respondenterne med type 2 diabetes tager statiner (bilag C4.20). Det er derfor overvejende sandsynligt, at helbredsmæssige udfordringer befordrer brugen af statiner og er årsagen til, at relativt flere respondenter, der tager statiner, ikke drikker alkohol. Det skal nævnes, at det høje antal statinpatienter, der ikke drikker alkohol, modsvares af, at 15% af statinbrugere drikker over de 14 anbefalede genstande på en uge. For ikke-statinbrugere drejer sig om 12% (bilag C4.21). Der blev i spørgeskemaet ikke spurgt ind til, om respondenterne var overvægtige eller ej, men de blev spurgt om deres vægt og højde, og på denne måde var det muligt at beregne respondenternes BMI. Det skal bemærkes, at der er tale om, at tallene er udregnet på baggrund af selvrapportering og derfor muligvis ikke er i fuld overensstemmelse med respondenternes faktiske BMI. Ikke desto mindre viser tallene i denne undersøgelse sig at være i god overensstemmelse med den danske befolkning i almindelighed (tabel 53). Der er muligvis en mindre underrapportering for folk med et BMI på mellem 25 og 30. Konklusionen er, at 54% af respondenterne i undersøgelsen er overvægtige eller svært overvægtige.

⁷¹ Kilde: <https://hjerteforeningen.dk/forebyggelse/alkohol/>

BMI: Undersøgelsespopulation i forhold til befolkningen generelt

		Frekvens	Procent	DK generelt*
Valid	BMI <18,5	37	1	-
	BMI 18.5-25	1357	45	39
	BMI 25-30	1171	38	47
	BMI 30+	485	16	14
	Total	3050	100	100

*Tal fra Statens Institut for Folkesundhed (2016: 6)

Tabel 53

Der er en tydelig tendens til, at jo højere BMI, jo større er sandsynligheden for, at respondenterne er statinbrugere, som det ses af tabel 54. Her er der en direkte sammenhæng mellem BMI og andelen af individer, der tager statiner. Jo højere BMI, jo større er andelen af individer, der tager statiner.

Fordelingen af statinbrugere på baggrund af BMI

						Total
		BMI <18,5	BMI 18.5-25	BMI 25-30	BMI 30+	
Statinbrugere	Count	4	233	313	182	732
		1%	32%	42%	25%	100%
Ikke-statinbrugere	Count	33	1124	858	303	2318
		1%	49%	37%	13%	100%
Total	Count	37	1357	1171	485	3050
		1%	45%	38%	16%	100%

Tabel 54

Der er ifølge Richelsen (2003: 7-8) sket et stort fald i befolkningens fysiske aktivitetsniveau, der ikke er blevet kompenseret for ved et tilsvarende lavere energiindtag. Det gælder ikke mindst undersøgelsespopulationen i dette projekt. Her er det de personer, der har det højeste BMI, der dyrker mindst motion (bilag C4.22).

6.3.2.1 KRAM i perspektiv

Generelt er der overordnet set tale om, at statinbrugerne på de fleste parametre har en mere usund livsstil end den generelle population i spørgeskemaundersøgelsen. De er oftere rygere, spiser mere usund mad og benytter oftere smør i madlavningen, hvilket naturligt medfører, at de har højere BMI end den gennemsnitlige respondent. Blandt statinbrugerne er et lavere alkoholindtag det eneste sundhedsparameter, som er i statinbrugernes favør. Formentlig grundet meget klare lægelige anbefalinger om at undlade at drikke alkohol i forbindelse med forhøjet kolesterol.

Meillier, Lund og Gerdes (1997) beskriver, at befolkningen trods kendskab til, hvordan man lever et sundt liv, ofte ikke realiserer denne viden i praksis. Statens Institut for Folkesundheds rapport *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder* fra 2009 viser samme tendens. Nemlig at individet via medierne og sundhedspersonale har en klar viden omkring, hvilke initiativer der virker befordrende på sundheden, men oftest vælger at gøre noget andet. Giddens (1996: 144) påpeger desuden, at selvom denne viden om risiko er skitseagtig hos de fleste befolkningsgrupper, så er det den dårligst stillede del af befolkningen, der har sværest ved at omlægge deres livsstil i overensstemmelse med deres risikovidens.

Det gælder derfor i særdeleshed også for statinbrugerne, der som påvist i forrige afsnit oftere er sociodemografisk udfordret, er kortere uddannede, og er mænd tilhørende den ældste aldersgruppe.

Anskuet probabilistisk er det derfor naturligt at statinbrugerne, trods viden om det modsatte, hyppigere afviger fra KRAM-anbefalingerne og har et højere BMI. Statiner er på denne vis en socialmarkør, der i lighed med rygning, ernæring og andre livsstilsvalg er med til at afspejle individets placering i det sociale hierarki. Som socialmarkør synes statiner dog at være langt mere diskret end f.eks. rygning, da selve indtagelsen ofte sker i privatregi uden gene for andre. Måske netop derfor er statiner ikke genstand for de samme negative smagdomme og nedladende omtaler i medierne, som ofte er kendetegnende for de sociale markører, der er kendetegnende for de dårligst stillede dele af befolkningen. Så selvom der er tale om, at statiner har klare lighedspunkter med andre sociale markører, så bliver de aldrig i denne undersøgelse fremet eller fremstillet som en sådan, hverken i medierne eller blandet informanterne.

Endelig viser tallene fra survey-undersøgelsen, at Danmark, i lighed med undersøgelser fra Ernæringsrådet (Richelsen: 2003) og Statens Institut for Folkesundhed (2016), befinder sig i en fedmeepidemi, der groft set kan forklares med, at mindre fysisk aktivitet ikke bliver kompenseret for af et mindre kalorieindtag (Richelsen 2003: 7-8). Det må derfor synes sandsynligt, at hvis denne epidemi fortsætter sin vækst, så vil antallet af statinbrugere stige tilsvarende henover de kommende år.

6.3.3 Statinbrugere, forvirring og utryghed

Der tegner sig så småt i billede af, at statinbrugerne primært skal findes i gruppen af kortuddannede mænd, som er omkring 70 år, og som generelt ikke følger KRAM-anbefalingerne⁷². I forhold til afhandlingens mediefokus vil den næste del af spørgeskemaanalysen være fokuseret på sammenhængen mellem statinbrug og medier.

Det skal bemærkes, at totalen for antal svar i nogle af disse analyser ligger under de 3050, som er det samlede antal respondenter. Det skyldes, at der i spørgeskemaet er gjort hyppig brug af filterspørgsmål. Det er primært sket i forsøget på at forkorte den samlede besvarelsestid og desuden for at undgå at trætte respondenterne med spørgsmål, som de ikke havde forudsætninger for at kunne besvare.

Fokuseres der på statinbrugernes oplevelse af, hvordan statiner bliver beskrevet i medierne, er der en tydelig tendens til, at statinbrugerne oftere oplever, at statiner bliver beskrevet som skadelige eller meget skadelige (tabel 55). Statinbrugerne er også mere opmærksomme på, at statiner i overensstemmelse med indholdsanalysens konklusion bliver beskrevet som både skadelige og gavnlige. Der er en lidt svagere tendens til, at statinbrugerne finder statiner mindre gavnlige, end det er tilfældet for resten af populationen.

Beskrivelse af statiner i medierne i forhold til om man tager statiner eller ej*

							Total
		Meget skadeligt	Skadeligt	Neutralt	Gavnligt	Meget gavnligt	
Statinbrugere	Count	14	102	183	224	48	729
		2%	14%	25%	31%	7%	100%
Ikke-statinbrugere	Count	34	168	796	746	190	2303
		2%	7%	35%	32%	8%	100%
Total	Count	48	270	979	970	238	3032
		2%	9%	32%	32%	8%	100%

* 18 respondenter besvarede ikke spørgsmålet om beskrivelsen af statiner

Tabel 55

Af tabel 55 fremgår det også, at den positive framing af kolesterolsænkende mediciner er den dominerende frame også blandt statinbrugerne. Den negative framing er imidlertid mere fremherskende hos statinbrugerne end hos ikke-statinbrugerne.

Da det tidligere i dette afsnit blev fastslået, at alder og køn spiller en afgørende rolle for brugen af statiner og medier, anvender afhandlingen i det følgende afsnit en multivariat tilgang til statinbrugere og ikke statinbrugeres oplevelser og holdninger til medier. Det sker ved at tilgå disse medieoplevelser og holdninger i korrespondance til både alder og køn.

Den mere polære oplevelse af mediernes framing af kolesterolsænkende medicin hos statinbrugerne synes at have betydning for oplevelsen af forvirring og utryghed omkring kolesterol generelt. Tabel 56 viser, at statinbrugerne er signifikant mere forvirrede over fremstillingen af kolesterol i medierne end ikke-brugere.

⁷² Kilde: Statens Institut for Folkesundhed 2009

Fordeling i mellem brugen af statiner, alder og oplevelsen af forvirring

			Ikke Forvirret	Hverken/eller	Forvirret	Total
45-52 år	Ikke statinbrugere	Antal	132	177	64	373
		% af statinbrugere	35%	47%	17%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	5	2	5	12
		% af statinbrugere	42%	17%	42%	100%
	Statinbrugere	Antal	14	18	8	40
		% af statinbrugere	35%	45%	20%	100%
	Total	Antal	151	197	77	425
		% af statinbrugere	36%	46%	18%	100%
53-60 år	Ikke statinbrugere	Antal	153	239	79	471
		% af statinbrugere	32%	51%	17%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	7	15	15	37
		% af statinbrugere	19%	41%	41%	100%
	Statinbrugere	Antal	39	51	20	110
		% af statinbrugere	35%	46%	18%	100%
	Total	Antal	199	305	114	618
		% af statinbrugere	32%	49%	18%	100%
61-68 år	Ikke statinbrugere	Antal	143	229	89	461
		% af statinbrugere	31%	50%	19%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	11	11	21	43
		% af statinbrugere	26%	26%	49%	100%
	Statinbrugere	Antal	68	86	53	207
		% af statinbrugere	33%	42%	26%	100%
	Total	Antal	222	326	163	711
		% af statinbrugere	31%	46%	23%	100%
69-75 år	Ikke statinbrugere	Antal	81	160	70	311
		% af statinbrugere	26%	51%	23%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	5	18	16	39
		% af statinbrugere	13%	46%	41%	100%
	Statinbrugere	Antal	77	84	47	208
		% af statinbrugere	37%	40%	23%	100%
	Total	Antal	163	262	133	558
		% af statinbrugere	29%	47%	24%	100%
Total	Ikke statinbrugere	Antal	509	805	302	1616
		% af statinbrugere	31%	50%	19%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	28	46	57	131
		% af statinbrugere	21%	35%	44%	100%
	Statinbrugere	Antal	198	239	128	565
		% af statinbrugere	35%	42%	23%	100%
	Total	Antal	735	1090	487	2312
		% af statinbrugere	32%	47%	21%	100%

*Grundet filterspørgsmål besvaret af 2312 respondenter

Tabel 56

23% af statinbrugerne og 44% af de tidligere statinbrugere er forvirrede, mens 19% af ikke-brugerne har samme oplevelse af forvirring. Kun godt en tredjedel (32%) af alle respondenterne, uanset brug af statiner eller ej, erklærer sig uenige i, at de er forvirrede. Aldersmæssigt synes der ikke at være den store diskrepans i niveauet af forvirring. Dog synes de 61-68-årige at være en smule mere forvirrede end resten af populationen, uanset om de bruger statiner eller ej. Der er altså en udbredt forvirring blandt respondenterne i forhold til beskrivelsen af kolesterol i medierne med statinbrugerne og specielt de tidligere statinbrugere som de markant mest forvirrede. Kønsmæssigt er der samtidig en tendens til, at kvinder er mere forvirrede end mænd (henholdsvis 23% mod 19%), med tidligere kvindelige statinbrugere som den mest forvirrede gruppe på 49% af populationen (bilag C4.22A). Det kan desuden diskuteres, om antallet af forvirrede respondenter er underrapporteret. Det kræver en god portion selverkendelse at indrømme, at man er forvirret over mediernes budskab, og særligt i forbindelse med de telefoniske besvarelser af et spørgeskema, hvor der sidder et aktivt lyttende individ i den anden ende. Der er den samme tendens til, at statinbrugerne oftere føler sig forvirrede over lægens budskab. Her ligger tallet dog mere beskedent på 10% for statinbrugerne og 6% for ikke-brugere (bilag C4.23). Igen et eksempel på, at mediernes information er mere forvirrende end lægens. 71% af statinbrugerne er uenige i, at lægens budskab er forvirrende. Denne forvirring i forhold til mediernes budskaber giver sig også udslag i, at statinbrugerne er markant mere utrygge over for indholdet i medierne (tabel 57).

Fordeling i mellem brugen af statiner, køn og oplevelsen af utryghed

			Tryk	Hverken/eller	Utryk	Total
Mand	Ikke statinbrugere	Antal	277	405	84	766
		% af statinbrugere	36%	53%	11%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	22	32	17	71
		% af statinbrugere	31%	45%	24%	100%
	Statinbrugere	Antal	114	169	50	333
		% af statinbrugere	34%	51%	15%	100%
	Total	Antal	413	606	151	1170
		% af statinbrugere	35%	52%	13%	100%
Kvinde	Ikke statinbrugere	Antal	274	490	111	875
		% af statinbrugere	31%	56%	13%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	13	26	24	63
		% af statinbrugere	21%	41%	38%	100%
	Statinbrugere	Antal	91	114	55	260
		% af statinbrugere	35%	44%	21%	100%
	Total	Antal	378	630	190	1198
		% af statinbrugere	32%	53%	16%	100%
Total	Ikke statinbrugere	Antal	551	895	195	1641
		% af statinbrugere	34%	55%	12%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	35	58	41	134
		% af statinbrugere	26%	43%	31%	100%
	Statinbrugere	Antal	205	283	105	593
		% af statinbrugere	35%	48%	18%	100%
	Total	Antal	791	1236	341	2368
		% af statinbrugere	33%	52%	14%	100%

*Grundet filterspørgsmål besvaret af 2368 respondenter

Tabel 57

Tabel 57 viser, at statinbrugerne (18%) er markant mere utrygge over mediernes indhold end ikke-statinbrugerne (12%), med tidligere statinbrugere (31%) som de mest utrygge. Samtidig gentager den kønsmæssige tendens til en mere udbredt forvirring blandt kvinder sig også i forholdet omkring utryghed. Her føler 16% af kvinderne sig utrygge over indholdet i medierne, mens 13% af mændene føler det samme. På samme vis er det igen de tidligere kvindelige statinbrugere (38%), der er mest utrygge. Aldersmæssigt stiger utrygheden fra den yngste aldersgruppe (12%) til den ældste aldersgruppe (17%) (bilag C4.23A). Stigning gælder den samlede population, og der ses en stor variation i følelsen af utryghed blandt brugere og ikke-brugere i de enkelte aldersgrupper.

6.3.3.1 Forvirring og utryghed i perspektiv

Denne forvirring og utryghed, som indholdsanalysen også finder, er meget markante temaer hos statinbrugerne, og de går igen i en lang række undersøgelser. Det er ikke altid de eksakt samme ord, der bliver benyttet, men Tolmie et al. (2003) og Honey et al. (2015) beskriver uafhængigt af hinanden, at mediernes omtale af statiner er selvmodsigende og dermed fremstår som forvirrende. Ifølge Tolmie et al.

kan dette medføre usikkerhed hos statinbrugere. Kruger et al. (2015) beskriver blandt andet, at medieindhold kan medføre skyldfølelse over eget svigtende helbred.

Briggs og Hallin er mere direkte i deres beskrivelse af disse fremherskende temaer. De ser utryghed og frygt som en generel tendens forårsaget af medierne og som udtryk for en generisk effekt af, at nyhedsmedierne beskæftiger sig med sundhedsfeltet. En effekt, de konstant oplevede, kom til udtryk i deres empiri:

One of the most common responses we got from laypersons when asking about health news was fear and uncertainty. "I'm terrified," one woman noted thinking about news coverage...

(Briggs og Hallin 2016: 215)

Briggs og Hallins iagttagelser understreger, at også den almindelige borger er påvirket negativt af mediernes indhold. Spørgeskemaundersøgelsen i denne afhandling bekræfter denne observation og understreger samtidig, at statinbrugere oftere end gruppen af ikke-brugere er forvirrede og utrygge. Denne forvirring og utryghed er størst blandt kvinder og tidligere statinbrugere og er klart stigende med alderen.

Resultatet af LIFESTAT-spørgeskemaet viser tydeligt, at medierne påvirker respondenterne affektivt og holdningsmæssigt, som beskrevet af Guldbrandsen og Just (2016: 100). Der er altså tale om, at spørgeskemaundersøgelsen har identificeret en simpel/svag medieeffekt. Der er god grund til i lyset af den ovenfor nævnte tidligere teoridannelse at antage, at mediernes inter- og intratekstuelle budskabsdiskrepans kan tilskrives en del af denne negative påvirkning af modtageren. På baggrund af journalistiske nyhedskriterier som sensation og konflikt samt manglende medicinsk indsigt på visse redaktioner kommer ønsket om større oplagstal til at skygge for reel oplysning og en rød redaktionel linje på sundhedsfeltet generelt og statinfeltet i særdeleshed. I lighed med Christensens (2013: 108-109) pointe om public service-kanalernes udvandede sundhedsformidling fremstår det tydeligt, at sundhedsstoffet bliver produceret inden for mediernes egne betingelser. Det medfører, at kravet om at underholde, tiltrække og fastholde bestemte målgrupper vinder overherredømme over saglig og forsvarlig formidling, og det bliver dermed endnu en understregning af de negative konsekvenser af den segmenteringsiver, som medialiseringen fordrer.

Specielt BT og Femina står som eksponenter for denne underholdningstilgang til deres læsere, mens Politiken og ikke mindst Ude og Hjemme, grundet deres udbredte brug af medicinske eksperter, fremstår mere opsatte på at oplyse end på at sælge. Biomedialiseringens tendens til, at medierne ansætter sundhedsfagligt uddannet personale, øver på denne vis en positiv indflydelse på mediernes indhold. Ved at trække på reel medicinsk ekspertise henter medierne som tidligere legitimitet fra instanser og institutioner uden for medierne selv og bliver dermed bedre i stand til at oplyse på et korrekt grundlag. Den sociale slagside i forhold til en korrekt sundhedsoplysning bliver igen tydelig ved, at læserne orienterer sig imod de medier, som imødekommer deres interesser. BT's kortere uddannede mandlige læsere vil således oftere blive eksponeret for forvirrende budskaber end Politikens længere uddannede læsere. Det kan også delvist ses af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, der viser, at jo længere uddannelse, jo mindre forvirring og utryghed (bilag C4.23B og bilag C4.23C). Disse resultater er dog ikke statistisk signifikante på et 95%-niveau og skal ikke kommenteres yderligere her.

Imidlertid er der en klar sammenhæng mellem forvirring, utryghed og søgefrequens, som nedenstående afsnit vil søge at afdække.

6.3.4 Søgeaktivitet

Den negative medieeffekt, der primært påvirker statinbrugerne, betyder dog ikke, at de finder medierne mere utroværdige end ikke-brugerne (bilag C4.24). Derimod har statinbrugere en væsentlig højere søgefrequens i forhold til sundhedsinformation end den resterende undersøgelsespopulation.

Fordeling i mellem brugen af statiner, køn og søgeaktivitet

			Lille søgeaktivitet	Stor søgeaktivitet	Total
Mand	Ikke statinbrugere	Antal	667	427	1094
		% af statinbrugere	61%	39%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	27	44	71
		% af statinbrugere	38%	62%	100%
	Statinbrugere	Antal	157	179	336
		% af statinbrugere	47%	53%	100%
	Total	Antal	851	650	1501
		% af statinbrugere	57%	43%	100%
Kvinde	Ikke statinbrugere	Antal	606	618	1224
		% af statinbrugere	50%	50%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	25	38	63
		% af statinbrugere	40%	60%	100%
	Statinbrugere	Antal	103	159	262
		% af statinbrugere	39%	61%	100%
	Total	Antal	734	815	1549
		% af statinbrugere	47%	53%	100%
Total	Ikke statinbrugere	Antal	1273	1045	2318
		% af statinbrugere	55%	45%	100%
	Tidligere Statinbrugere	Antal	52	82	134
		% af statinbrugere	39%	61%	100%
	Statinbrugere	Antal	260	338	598
		% af statinbrugere	43%	57%	100%
	Total	Antal	1585	1465	3050
		% af statinbrugere	52%	48%	100%

Tabel 58

Som det fremgår af tabel 58, har 57% af statinbrugerne en stor søgeaktivitet mod 45% blandt ikke-brugere. Tidligere statinbrugere har den højeste søgefrequens, idet 61% har en stor søgeaktivitet. Blandt mændene er det generelt 43%, der har en høj søgeaktivitet, mens det er 53% blandt kvinderne. Aldersmæssigt er det gruppen af 53-60-årige, der har den højeste søgeaktivitet på 52%, med en tendens til at aktiviteten falder en smule med årene, så gruppen af de ældste har en stor søgeaktivitet for 43% vedkommende (bilag C4.24A). Den største andel af stor søgeaktivitet på 75% findes blandt de 45-52-årige af tidligere statinbrugere, men her er de reelle tal så små, at selvom resultatet er statistisk signifikant, så må det betegnes som behæftet med en vis usikkerhed.

Det interessante i denne kontekst er, om der er en sammenhæng mellem søgeaktivitet og følelserne af forvirring og/eller utryghed.

I tabel 59 ses der en meget klar tendens til, at jo større søgeaktivitet, jo højere er andelen af respondenter, der føler sig utrygge over kolesterolrelateret indhold i medierne. Således bliver andelen af respondenter, der er utrygge over medieindholdet, næsten fordoblet fra 11% blandt individer uden søgeaktivitet til 20% blandt individer med stor søgeaktivitet.

Fordeling i mellem brugen af statiner, utryghed og søgeaktivitet*

			Ingen søgeaktivitet	Lille søgeaktivitet	Nogen søgeaktivitet	Stor søgeaktivitet	Total
Ikke statinbrugere	Tryg	Count	129	122	144	156	551
		% af søgelyst	37%	27%	34%	36%	34%
	Hverken/eller	Count	190	276	227	202	895
		% af søgelyst	55%	62%	54%	47%	55%
	Utryg	Count	27	47	47	74	195
		% af søgelyst	8%	11%	11%	17%	12%
	Total	Count	346	445	418	432	1641
		% af søgelyst	100%	100%	100%	100%	100%
Tidligere Statinbrugere	Tryg	Count	8	7	9	11	35
		% af søgelyst	25%	35%	32%	20%	26%
	Hverken/eller	Count	17	6	13	22	58
		% af søgelyst	53%	30%	46%	41%	43%
	Utryg	Count	7	7	6	21	41
		% af søgelyst	22%	35%	21%	39%	31%
	Total	Count	32	20	28	54	134
		% af søgelyst	100%	100%	100%	100%	100%
Statinbrugere	Tryg	Count	48	37	59	61	205
		% af søgelyst	34%	32%	41%	31%	35%
	Hverken/eller	Count	72	60	60	91	283
		% af søgelyst	51%	52%	42%	47%	48%
	Utryg	Count	21	18	24	42	105
		% af søgelyst	15%	16%	17%	22%	18%
	Total	Count	141	115	143	194	593
		% af søgelyst	100%	100%	100%	100%	100%
Total	Tryg	Count	185	166	212	228	791
		% af søgelyst	36%	29%	36%	34%	33%
	Hverken/eller	Count	279	342	300	315	1236
		% af søgelyst	54%	59%	51%	46%	52%
	Utryg	Count	55	72	77	137	341
		% af søgelyst	11%	12%	13%	20%	14%
	Total	Count	519	580	589	680	2368
		% af søgelyst	100%	100%	100%	100%	100%

*Grundet filterspørgsmål besvaret af 2368 respondenter

Tabel 59

De førømtalte tendenser til, at statinbrugere og i særdeleshed tidligere statinbrugere, føler sig mere utrygge, gør sig også gældende i denne sammenhæng. Hele 39% af tidligere statinbrugere med stor søgeaktivitet føler sig utrygge over medieindholdet, mens kun 8% blandt ikke-statinbrugere uden søgeaktivitet føler sig utrygge.

Resultatet i tabel 59 er fuldstændigt sammenfaldende med sammenhængen mellem statinbrug, søgeaktivitet og følelsen af forvirring (bilag C4.24B). Her stiger andelen af forvirrede respondenter fra 18% (ingen søgeaktivitet) til 27% (stor søgeaktivitet), mens andelen af tidligere statinbrugere med stor søgeaktivitet (56%) oftest er forvirrede. Ikke statinbrugere uden søgeaktivitet føler sig relativt set mindst forvirrede, idet kun 16% oplever denne følelse.

6.3.4.1 Søgeaktivitet i perspektiv

I spørgeskemaet var det muligt at indikere, om man tidligere havde været statinbruger. Antallet af tidligere statinbrugere udgjorde 134 individer eller lige godt 18% af alle statinbrugere. Det er meget tæt på den andel af non-adherent patienter på 17,5%, som Wei et al. (2013: 473-479) finder i deres undersøgelse, som også er baseret på selvrapportering. Det sker vel vidende, at der på landsplan måske er tale om, at andelen af tidligere statinbrugere er højere.

De tidligere og nuværende statinbrugere har generelt en højere søgefrekvens end resten af populationen i survey-undersøgelsen. Specielt kvinder og tidligere statinbrugere har en høj søgefrekvens. Dermed får de også adgang til supplerende viden, der er et alternativ til den gængse behandling med statiner. Denne supplerende viden aftvinger individet refleksion over egen situation og stillingtagen til medicinske problemstillinger. En stillingtagen, som bliver en beregning af risici på baggrund af begrundede antagelser og livsstil (Giddens 1996: 145). Der er i høj grad tale om, at statinbrugerne og i særdeleshed de tidligere statinbrugere oftere end den samlede population bliver små private alternative eksperter (Beck 2002: 78), der supplerer deres medicinske viden via medierne og træffer et for dem rationelt valg.

Statinbrugerne tilhører på denne vis oftere gruppen af *ekspertpatienter* end ikke-brugerne. Det til trods for, at statinbrugernes sociodemografiske karakteristika i form af høj alder, kort uddannelse og mænd som det hyppigst repræsenterede køn, alle er kendetegnende for den modsatte tendens til sjældnere at søge information. Statinbrugerne er generelt mere orienterede mod sundhed end resten af populationen.

Dette tilsyneladende paradoks kan forklares med det begreb, Giddens (1996: 156) kalder den *skæbnesvangre situation*. Her tvinges individet med baggrund i en krisesituation til at søge indsigt og viden omkring egen livssituation for på den måde bedre at kunne vurdere risici. Statinpatienter er modsat resten af populationen tvunget til konstant at reflektere over deres forhøjede risiko for hjertekarsygdomme grundet et for højt kolesteroltal. Det medfører naturligt et behov for yderligere information. Tolmie et al. (2003: 145) finder, at medierne oftest konsulteres i forlængelse af krisebudskaber i håbet om at kunne verificere eller falsificere lægens budskab omkring forøget risiko og livslang behandling. Det skal dertil tilføjes, at statinbrugerne i rigt mål har mulighed for at finde alternativer til den anbefalede behandling, da der ikke er konsensus på statinfeltet, og medierne netop derfor tilbyder supplerende anbefalinger fra andre eksperter.

At statinbrugerne reelt bliver eksperter på området omkring statiner, understreges af resultaterne af bilag C4.24C. Her fremgår det, at 20% af statinbrugerne og hele 30% af de tidligere statinbrugere i lighed med indholdsanalysens konklusion korrekt finder, at statiner bliver beskrevet som både skadelige og gavnlige, og dermed, modsat ikke-brugergruppen (16%), oftere identificerer den nuancerede tilgang til statiner, som afspejles i medierne.

Dermed opstår der endnu et paradoks i relation til spørgeskemaundersøgelsens resultater, for de nuværende og tidligere statinbrugere er som tidligere omtalt desuden den gruppe, der oftest oplever, at de bliver forvirrede eller utrygge over indholdet i medierne (se evt. også bilag C4.28 og C4.29).

Det kan synes paradoksalt, at de tidligere statinbrugere både kan beskrives som *ekspertpatienter* og som forvirrede og utrygge. Det skyldes igen i udpræget grad den medicinske uenighed på statinfeltet. De er som

ekspertpatienter forvirrede over, at der ikke findes objektive kendsgerninger omkring statiner, der kan danne grobund for en korrekt beslutning om at tage eller ikke tage statiner. De medicinske eksperters kamp på statinfeltet, som beskrevet i statinafsnittet (Lau et al. 2017) og identificeret i medierne via indholdsanalysen, bliver i udpræget grad afspejlet i de brugergrupper, der oftest søger sundhedsinformation. Resultatet bliver, at de brugere, der orienterer sig mest i forhold til statiner, bliver mest forvirrede og dermed også naturligt mere utrygge, når medierne ikke bidrager med et plausibelt og indiskutabelt svar. Den forvirring og utryghed kendetegner også den oplevelse, som de tidligere statinbrugere har, når de konsulterer deres læge (bilag C4.30 og C4.31). Det skyldes (formodentlig), at lægerne selv er usikre og resignerende i forhold til den korrekte statinbehandling (Kirkegaard et al. 2012: 245-50).

Overordnet er det imidlertid klart, at den krisesituation, som statinbrugerne befinder sig i, øger søgeaktiviteten, hvormed vidensniveauet forhøjes med det resultat, at følelsen af forvirring og utryghed øges yderligere. Medierne er grundet deres selvmodsigende og inkonsistente statinindhold en klar kilde til en del af denne negative påvirkning af patienterne.

Det er imidlertid vigtigt i denne sammenhæng at understrege, at medierne også kan være en ressource til yderligere oplysning omkring egen diagnose. Det er tydeligt af tabel 56, 57 og 59, der meget klart viser, at langt den overvejende del af respondenterne hverken er forvirrede eller utrygge, med tidlige statinbrugere som den eneste undtagelse. De betyder, at selv blandt statinbrugere med den højeste søgeaktivitet, så er medierne ikke kilde til forvirring eller utryghed, men formentlig en kilde til nyttig retningsanvisende og antageligt holdningsunderstøttende information. Når Meillier, Lund og Gerdes (1997) fastslår, at de fleste danskere er klar over, hvordan man bevarer et godt helbred, så skyldes denne viden ikke udelukkende oplysninger fra sundhedspersonale, men i mindst ligeså høj grad medierne. Den i denne afhandling problematiserede artikel af Nielsen og Nordestgaard (2015) viser desuden, at effekten af positiv medieomtale påvirker adherence-niveauet 4 gange stærkere end negativ omtale. Endeligt må det snusfornuftigt kunne konkluderes, at hvis søgeaktiviteten generelt ikke resulterede i nyttig information, ville respondenterne nok næppe konsultere medierne i sundhedsanliggender, og NetDoktor.dk ville formentlig ikke være den mest benyttede kilde til information blandt informanterne i interviewundersøgelsen.

Langt de fleste undersøgelser omtalt i statinafsnittet er skrevet ud fra et medicinsk perspektiv, hvor det ikke anses for at være tilrådeligt, at statinbehandlingen afbrydes, og derfor fokuseres der også på sammenhængen mellem negativ medieomtale og brugen af statiner i disse undersøgelser. Det er kun Nielsen og Nordestgaard (2015), der beskriver betydningen af positiv medieomtale, ellers er det sammenhængen mellem negativ medieomtale og statinbrugernes faldende adherenceniveau, som litteraturen beskæftiger sig med (Saib et al. 2013; Schaffer et al. 2015; Nielsen og Nordestgaard 2015; Kocas et al. 2015; Matthews et al. 2016; Kriegbaum et al. 2017).

Det er grundet designet i LIFESTAT-undersøgelsen imidlertid ikke muligt at påpege, om denne sammenhæng også gør sig gældende i indeværende kvantitative undersøgelse. Der kan med andre ord ikke føres bevis for, at mediernes påvirkning, som omtalt af Jensen (2002: 150), McQuail (2000: 347) samt Guldbrandsen og Just (2016: 100), har en adfærdsmæssig effekt på statinbrugerne, men det synes sandsynligt, at en del af de tidligere statinbrugere er blevet påvirket i deres adfærd og muligvis er stoppet i deres statinbehandling grundet mediernes indhold. En iagttagelse som resultaterne af den efterfølgende interviewundersøgelse også kan bekræfte.

Fokuseres der afslutningsvis alene på de tidligere statinbrugere, er de, som omtalt ovenfor, relativt oftere end statinbrugerne kvinder, men stadig primært mænd (bilag C4.25). De er bedre uddannede end den almindelige statinbruger (bilag C4.26), og de tilhører den yngre del af statinbrugerne på under 60 år (bilag C4.27). Alt sammen parametre, der er konstituerende for en stor søgeaktivitet og medfølgende usikkerhed. De tidligere statinbrugere er ikke enige i præmissen for deres diagnose og bekræftes, som omtalt ovenfor, via medierne i, at der findes alternative forklaringer og tilgange til statinfeltet, når der ikke hersker

konsensus om behandlingen på feltet. Mediernes beskrivelse af den manglende konsensus og lejlighedsvis negative omtale af statiner er dermed supporterende for de tidligere statinbrugeres valg om at afbryde deres behandling. I denne sammenhæng udgør medierne også en ressource, da de tilbyder de tidligere statinbrugere bekræftende information. På denne vis opstår en diskrepans mellem borgeren og de dominerende eksperter om rammerne for det gode liv. Ekspertpatienterne og her ofte de tidligere statinbrugere får ved at afbryde deres (statin)behandling medbestemmelse over gyldigheden af udsagnet om risiko, og de bliver derved yderligere bekræftet i rollen som eksperter. Helt i overensstemmelse med dette finder Beck (2002: 78), at tekniske risikoeksperter ofte tager fejl med hensyn til deres værdipræmisser, hvilket også understreges af resultaterne i tabel 60. Adspurgt om, hvorfor de stoppede i behandling, gav respondenterne følgende svar:

Årsag til afbrudt statinbehandling

Årsag	Antal	Procent
Medicinen var for dyr	2	2%
Syntes ikke medicinen hjalp	11	8%
Min læge anbefalede det	24	18%
Var bange for at få bivirkninger	24	18%
Havde bivirkninger	58	43%
Andet	15	11%
I alt	134	100%

Tabel 60

Af tabel 60 fremgår det tydeligt, at patienten selv i 82% af tilfældene er afgørende for, hvorfor behandlingen er ophørt. Lægen er kun afgørende i 18%. Altså en understregning af, at den medicinske autoritets værdipræmisser er til forhandling. Her kan det desuden ikke afvises, at der under kategorien *andet* befinder sig tidligere statinpatienter, som har afbrudt deres behandling grundet negativ mediepåvirkning.

Uanset forklaringen, så står det tilbage, at søgeaktivitet er sociodemografisk betinget og medfører en højere grad af forvirring og utryghed, men at denne aktivitet for langt de fleste respondenter er en positiv kilde til information, og dermed udgør medierne en ressource.

6.3.5 Opsummering

Blandt de mange relevante observationer foretaget på baggrund af de kvantitative analyser af spørgeskemaundersøgelsens resultater fremstår særligt fem tilbagevendende iagttagelser som gennemgående mere markante end de øvrige, og de vil sammen med pointerne i indholdsanalysen danne rammen for yderligere analyse i interviewdelen. De er:

- 1. Statinbrugerne er generelt mere forvirrede og utrygge over medieindholdet end resten af populationen.**
- 2. Statinbrugerne har en højere søgeaktivitet i medierne end den øvrige population.**
- 3. Øget søgeaktivitet korrelerer med øget forvirring og utryghed.**
- 4. Statinbrugerne har et mere nuanceret og korrekt syn på indholdet af statinrelateret indhold i medierne.**
- 5. Medierne er i deres indhold og funktion polariserede. På én og samme tid er medierne en ressource, der giver mulighed for indsigt og information, men medierne kan på samme tid være med til at skabe forvirring og utryghed.**

Med hensyn til den første pointe understreger Briggs og Hallin, at denne tendens til utryghed og frygt er et gennemgående symptom for store dele af befolkningen, når det kommer til oplevelsen af sundhedsbudskaber i medierne (Briggs og Hallin 2016: 215), mens Tolmie et al. (2003) beskriver usikkerhed som et gennemgående træk specifikt hos statinbrugerne. Blandt de tidligere statinbrugere er denne tendens særligt tydelig. 43% af de tidligere statinbrugerne føler sig forvirrede, og 31% føler sig utrygge. Set i denne optik er mediernes effekt negativ.

Denne observation er afgørende for den anden pointe, idet denne negative effekt i form af forvirring og utryghed skabt af medierne også søges afhjulpet via medierne, hvad der kan synes paradoksalt. For undergrupper af tidligere statinbrugere ligger andelen af individer med en høj søgeaktivitet på over 60%. Mange af disse brugere er yngre og veluddannede borgere, der derfor vælger aktivt at søge information for at finde supplerende oplysninger om deres tilstand, og dermed træder de ind i rollen som *ekspertpatienter*. Det er det personlige søgemønster, der bliver afgørende for, om disse forsøg på at få yderligere indsigt i eget helbred lykkes, men specielt for gruppen af individer, der har fået konstateret forhøjet kolesterol, er tendens til aktivt at søge information udpræget. Det at få konstateret forhøjet kolesterol synes at være det, Giddens (1996: 156) kalder et *skæbnesvangert øjeblik*, der tvinger individet til at søge ny viden, blandt andet via medierne, og på den vis blive præsenteret for alternativer, der kan være med til at revidere den hidtil førte risikobetonede livsstil.

Denne tilgang til alternative behandlingsformer og forskningsresultater resulterer i den tredje pointe, gående på at øget søgeaktivitet medfører en øget forvirring og utryghed for både brugere og ikke-brugere. Det skyldes ikke mindst, at disse søgninger potentielt resulterer i viden om den medicinske uenighed, der hersker på statinfeltet. Det er uanset, om man er ikke-statinbruger, statinbruger eller tidligere statinbruger, forvirrende og utryghedsskabende at blive konfronteret med information om, at den medicin, man tager, måske bør tage eller har taget, enten er livsnødvendig, bivirkningsfremkaldende eller potentielt dødelig, alt afhængig af hvem man spørger.

Den øgede søgefrekvens og dermed ditto indsigt danner også grundlaget for den fjerde pointe. Statinbrugernes søgefrekvens og formodentlig øgede medieforbrug resulterer i, at de oftere end resten af

respondenterne korrekt kan identificere, at statiner bliver framet netop som både skadelige og gavnlige i medierne. Det må antages, at nyheder omkring egen diagnose eller medicinering naturligt vil tiltrække statinbrugernes opmærksomhed og dermed give dem bedre forudsætninger for en mere korrekt identificering af mediernes statinindhold.

Spørgeskemaundersøgelsen påviser på denne måde indholdsanalysens pointe om, at medierne indeholder både negativ og positiv framing af statiner, og at forskellige (mål)grupper oplever udbredelsen og påvirkningen af disse frames forskelligt.

Det er derimod grundet spørgeskemaundersøgelsens design ikke muligt at afgøre, om denne korrekte identificering af statiner som værende framet både positivt og negativt i medierne også rummer en viden om, at statiner udgør en forskningsmæssig kampplads. Det må dog formodes, at de tidligere statinbrugere er fuldt klar over, at statiner bliver framet som bivirkningsfremkaldende, idet de oftere end resten af undersøgelsespopulationen oplever, at medierne framer statiner som skadelige. Denne iagttagelse understreger framing-teoriens pointe om, at modtageren i en situation, hvor medierne præsenterer forskellige frames, ofte foretrækker den framing, der understøtter deres allerede etablerede antagelser (Chung og Druckman 2007). Her forstået på den måde, at de tidligere statinbrugere næppe er ophørt i deres statinbehandling, fordi de syntes, den var hensigtsmæssig, og derfor via en negativ framing bekræftes i deres valg.

Første del af analysen af modtageren som afhængig variabel (Scheufele 1999) lægger derfor op til, at undersøgelsen af medieframes fortsætter med fokus på de tre allerede identificerede frames fra indholdsanalysen, men at interviewundersøgelsen yderligere suppleres med et fokus på den forvirring og utryghed, som disse frames synes at have skabt. Det skal i den sammenhæng desuden forsøges belyst, hvorledes medierne på denne paradoksale vis fremstår som både skaber og afhjælper af denne forvirring og utryghed.

Den sidste pointe om de polariserede medier som både en ressource, der kan give mulighed for indsigt, men som også kan være med til at skabe usikkerhed og uro, kan synes som et paradoks. Jo mere man forsøger at orientere sig i medierne og søge information, jo højere er risikoen for at blive forvirret og utryg. Samtidig viser resultaterne af spørgeskemaet, at langt de fleste respondenter ikke føler sig forvirrede og utrygge, selvom de konsulterer medierne og gerne følger deres råd.

Derfor vil interviewundersøgelsen også fokusere på, hvorledes dette paradoks med polariseringen af anvendeligheden af mediernes indhold som både positiv og negativ ressource kommer til udtryk.

6.4 Interviewanalyse

Den videre undersøgelse af modtageren som afhængig variabel vil bygge videre på de resultater og problemstillinger, som både indholds- og spørgeskemaundersøgelserne har identificeret. Derfor vil disse observationer tjene som strukturerende analysepositioner, hvorfra de kvalitative resultater af interviewundersøgelsen vil blive analyseret. Det sker på baggrund af følgende temaer:

- **Framing**
 - Identificerer informanterne de tre dominerende frames, som er beskrevet i indholdsanalysen?
- **Patientroller**
 - Bidrager framingen af medieindholdet til, at bestemte patientroller også manifesterer sig i praksis blandt informanterne? I hvilken udstrækning er det muligt at identificere patientrollerne: *Den medicinske autoritet, patienten som forbruger og den offentlige sfære*. Findes *ekspertpatienterne* og de individer, der slet ikke orienterer sig mod sundhed? Kan man tale om sundhed som mål og middel?
- **Søgning og polariseret medieindhold**
 - Hvorledes oplever informanterne, at mediernes indhold på en og samme tid kan være en ressource i relation til det personlige identitetsarbejde omkring livsstil og sundhed og samtidig være angstprovokerende og kilde til uro? Hvilken tilgang anvender informanter i deres søgning på information om sundhed og sygdom?
- **Forvirring og utryghed**
 - Årsagen til den udbredte oplevelse af *forvirring og utryghed*, som først blev identificeret i indholdsanalysen og siden også blandt respondenterne i spørgeskemaanalysen, søges her kvalificeret. Er der også blandt informanterne en oplevelse af, at medierne kan være med til at fremkalde disse følelser – og i positivt fald: Hvad er det ved mediernes indhold, der skaber forvirring og utryghed?
- **Gennemgående temaer**
 - Her fokuseres der på de undertemaer, som gentagne gange er blevet omtalt af flere informanter uafhængigt af hinanden. Her er blandt andet tale om egne patientfortællinger og statslige krav om sundhed.

Der vil løbende i forbindelse med analysen i forhold til de fem ovennævnte temaer blive fokuseret på undertemaer som bivirkninger, risici, uddannelse, livsstil og medievaner.

De data, som analysen er baseret på, er, som beskrevet i metodeafsnittet fem, fokuserede gruppeinterviews foretaget i foråret 2016. Der deltog i alt 14 informanter fordelt på fem grupper á mellem to og fem personer. De var alle i alderen mellem 54 og 74 år og var rekrutteret via spørgeskemaet, som de alle havde udfyldt året forinden. Som det var tilfældet i spørgeskemaanalysen, vil både nuværende og tidligere statinbrugere blive omtalt som statinbrugere. I tilfælde, hvor det er vigtigt for forståelsen af analysen, vil det blive specificeret, hvilken type bruger der er tale om. Informanternes sociodemografiske data og karakteristika er som også tidligere vist i metodeafsnittet følgende:

Deltagerliste ved afholdelse af gruppeinterview om statiner i forbindelse med Lifestat

København d. 15.2.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
Uffe	68 år	Pensionist	Mellem vid. udd.	Ja	Ved ikke	Højere	Center
Vivi	73 år	Pensionist	Kort vid. udd.	Ja	Ja	Meget højt	Fællesskab
København d. 16.2.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
Lennart	74 år	Pensionist	Folkeskole	Nej	Ja	Meget højt	Mod. Fællesskab
Ole	54 år	Musiker	Gymnasium	Ja	Nej	Meget højt	Fællesskab
Leo	68 år	Pensionist	Folkeskole	Ja	Nej	Højere	Trad. Fællesskab
København d. 25.2.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
Lene	66 år	Pensionist	Mellem vid. udd.	Ja	Nej	Meget højt	Mod. Fællesskab
Kim	60 år	Salgschef	Mellem vid. udd.	Ja	Nej	Højere	Mod. Fællesskab
Taastrup d. 17.2.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
Frederik	68 år	Pensionist	Faglært	Ja	Ja	Meget højt	Trad. Fællesskab
Ghita	67 år	Pensionist	Kort vid. udd.	Ja	Nej	Meget højt	Fællesskab
Dorit	60 år	Sosu-assistent	Kort vid. udd.	Nej	Ja	Højere	Trad. Fællesskab
Steffen	60 år	Kloakmester	Faglært	Ja	Nej	Lille	Traditionel
Karsten	55 år	Projektchef	Mellem vid. udd.	Nej	Nej	Intet	Fællesskab
Tuse d. 12.4.2016							
Navn	Alder	Beskæftigelse	Uddannelse	Statin	Bivirkning	Søgeaktivitet*	Livsstilssegment
Inger	74 år	Pensionist	Folkeskole	Nej	Ja	Lille	Traditionel
Karl	67 år	Pensionist	Faglært	Ja	Nej	Intet	Trad. individ

* Søgeaktivitet identificeret via spørgeskemaet

Tabel 61

Som det fremgår af tabel 61, er der en bred spredning på tværs af køn, alder, beskæftigelse, uddannelse, statinbrug, bivirkninger og søgeaktivitet. Den eneste afvigelse er livsstil, hvor det trods utallige forsøg via diverse kanaler ikke lykkedes at få rekrutteret informanter, der tilhører det individ- og det moderne individorienterede segment. Betydningen af dette faktum og dets påvirkning af resultatet vil blive inddraget i diskussionen.

6.4.1 Framing

I den kvalitative del af indholdsanalysen lykkedes det at identificere følgende frames som de dominerende i mediasamplet:

- **Statiner som bivirkningsfremkaldende og unødvendig medicin**
- **Statiner som forbyggende og nødvendig livsforlængende medicin**
- **Statiner som en medicinsk og forskningsmæssig kamplads.**

Tilstedeværelsen af flere frames blev sidenhen underbygget af spørgeskemaanalysen, men ikke kvalificeret specifikt til de tre ovennævnte.

Interviewundersøgelsen viser dog klart, at alle tre frames er bredt tilstedeværende i statinbrugernes beskrivelse af mediernes indhold.

Den hyppigst optrædende frame er statiner som *bivirkningsfremkaldende*. En række informanter fortæller uafhængigt af hinanden om mediernes beskrivelser af bivirkninger.

Før jeg begyndte at tage dem, der var – jeg tror, det var BT eller Ekstra Bladet, der kørte en stor artikelkampagne om statiner og bivirkninger.

(Kim bilag G: 10)

Og:

Ja, det betyder jo, hvis det kan hjælpe med at holde kolesterotet nede, og så samtidigt med den rigtige kost, så synes jeg, det er en god ting – lige bortset fra den her ting, som de siger, bliver dårligt – bivirkninger, ikke? Men jeg synes ikke, det holder. De her bivirkninger, som jeg læste om, de virker ikke på mig!

(Leo bilag F: 6)

Som det antydes i Leos svar, oplever han ikke selv nogen bivirkninger, hvilket i øvrigt også er tilfældet for Kim. De er begge klar over, at medierne indeholder historier om statiner og bivirkninger. At det ikke kun er statinbrugerne, men også ikke-brugere, der er opmærksomme på den negative framing af statiner, understreges af Lenes oplevelser:

Altså jeg oplevede det så sent som – jeg var på ferie her, og et par af vores venner, der var med, han kom pludselig en dag og sagde: Tager I statiner – eller tager I kolesterolsænkende medicin?! Det skulle I nok overveje at holde op med! Ikke? Hvor jeg bare sagde: Det tror jeg ikke, jeg skal overveje at holde op med! Men det er jo fordi, han har læst nogle artikler, og de kommer jo op jævnlige.

(Lene bilag F: 10)

Lenes meget klare afvisning af at stoppe i statinbehandling skyldes, at hun tidligere har haft en blodprop og derfor føler, at hun ikke kan undlade at tage statiner. Hun har ingen bivirkninger. Men citatet er en klar indikation af, at omgivelsernes opmærksomhed på statiner kan have en negativ virkning på statinbrugerne. Frederik er den eneste, der selv har oplevet bivirkninger. Han nævner mediernes omtale af netop bivirkninger, idet han bemærker:

BT har lige kørt en kæmpe negativ kampagne mod kolesterotet. I næsten en hel uge, 14 dage kørte de store artikler mod kolesterol og hvor farligt, det er, og de beskrev alle bivirkningerne, og hvor farligt det er. Og det var så i den modsatte grøft, ikke? De har kørt en kæmpe kampagne.

(Frederik bilag H: 6)

Selvom Frederik omtaler det som *kolesterotet*, er det ud fra hans udsagn umiddelbart inden klart, at han taler om statiner, og at hans bemærkning om ”den modsatte grøft” understreger hans oplevelse af, at statiner bliver framet på forskellig vis.

Det er der også andre, der er opmærksomme på. Generelt er der blandt mange af brugerne enighed om, at statiner er gavnlige for de fleste, selvom det er den negative framing, der oftest omtales. Lennart er den eneste, der beskriver statiner som forebyggende og nødvendig livsforlængende medicin:

Der har jeg også læst en artikel, hvor der står, at dem, som har haft blodpropper, har stor gavn af at tage kolesterolsænkende medicin, det kan man også se på dødeligheden.

(Lennart bilag F: 8)

For at undgå at gøre spørgsmålene ledende blev der ikke under interviewene spurgt direkte ind til, om omtalen af statiner var negativ eller positiv. Derfor er dominansen af den negative framing desto mere signifikant.

Lennart er, som Frederik, godt klar over, at statiner fremstilles forskelligt i medierne, idet han fortsætter:

Altså de ved jo ikke, at de andre har haft – at der er andre, der har stået op og sagt noget andet. Så der er så mange fraktioner eller så mange medier, at det kan ikke undgås med forskellige eksperter, så er der også forskellige meninger og forskellige tilgange til tingene.

(Lennart bilag F: 20)

Leo følger op på Lennarts bemærkning:

*...nogle gange siger de, det er godt, nogen gange siger de, det er dårligt.
De skifter meget tit. Det kommer an på, hvem der laver undersøgelsen, ikke?*

(Leo bilag F: 10)

Selvom Lennart og Leo ikke siger det direkte, er deres bemærkning om, at forskellige eksperter ser forskelligt på tingene, og at resultatet er afhængigt af, hvem der står bag forskningen, et udtryk for framingen af statiner som en medicinsk og forskningsmæssig kamplads. Noget statinbrugerne er opmærksomme på. Ghita udtrykker det således:

*... der er mange briller at tage på, ikke, og der er dem, der synes, at man kunne proppe statiner i drikkevandet, så var man ude over alt det der, og så er der dem, der er ovre i den anden grøft, som synes, det er simpelthen så forfærdeligt, at folk bliver fyldt med det, ikke?
... det er lige fra den ene yderlighed til den anden, ikke?*

(Ghita bilag H: 5)

Samlet set oplever informanterne, at statiner overvejende bliver omtalt som skadelige eller som både skadelige og gavnlige. Der er færre, der giver udtryk for, at statiner bliver beskrevet som positive. Dette stemmer godt overens med de statistiske analyser af spørgeskemaresultaterne, hvor det var tydeligt, at statinbrugerne og tidligere brugere er dem, der oftest oplevede, at statiner blev beskrevet som negative eller både negativt og positivt. Det er tydeligt, at den frame, der har den største gennemslagskraft, når der er flere frames repræsenteret, er den frame, der er stærkest og har størst emotionel appel i forhold til det enkelte individ eller gruppe af individer (Chong og Druckman 2007: 104). I dette tilfælde er det bivirkningsramen, der har den stærkeste appel. Det er bemærkelsesværdigt, at de fleste af de informanter, der omtaler bivirkninger, ikke selv lider under dem. Der ligger en latent frygt for, at man skal få bivirkninger i flere af informanternes svar. En frygt der bunder i at skulle være afhængig af livsvigtig medicin, der giver bivirkninger. For eksempel er Leos bemærkning om, at bivirkningerne *de virker ikke på mig* nærmest en besværgelse, der skal sikre, at det ikke bliver aktuelt i hans tilfælde.

Bortset fra Lennart var der ingen tidligere statinbrugere, der udtalte sig om bivirkningsramen, og der var ingen informanter, der berettede, at de var blevet orienteret af deres læge om eventuelle bivirkninger eller om de forskningsmæssige kontroverser på statinfeltet. En observation der understreger Tolmie et al's (2003) konklusion om, at hovedparten af statinbrugerne får deres information om statiner fra medierne.

Endelig kan lægernes manglende informering af patienterne om risikoen for bivirkninger og forskningsmæssige kontroverser ses som et udtryk for omsorg for at undgå unødigt at bekymre patienterne. Samtidig kan Kirkegaard et al's (2012: 245-50) pointe om, at lægerne oplever en videnskabelig og situationel usikkerhed, også at spille ind. De er usikre på patientens evne til at tolke risikoinformation og er desuden ikke selv opdaterede på statinfeltet. Den manglende lægelige informering af statinbrugerne betyder, at medierne dermed bliver en ressource, der, alt efter hvilke medier, der konsulteres, er med til at generere forskellige patientroller.

At informanterne, på trods af at de ikke selv lider under eller er blevet oplyst om bivirkninger af deres læge, har viden om, at bivirkninger forekommer, understreger, at medierne har en kognitiv effekt på informanterne, som beskrevet af Waldahl (1998: 49). Informanterne har uden om det medicinske system tilegnet sig en specifik medicinsk viden.

6.4.2 Patientroller

Det skal igen understreges, at de patientroller, informanternes udtalelser bliver analyseret i forhold til, er medieskabte patientroller og ikke reelle patientroller. Derimod drejer det sig om de tidligere omtalte medieskabte patientroller hos Briggs og Hallin (2016) og desuden Ottos (1998) beskrivelse af idealtipe III. En type der ikke orienterer sig mod sundhed, og som tidligere beskrevet ikke er en del af medieskabte positioner, idet medierne ikke adresserer denne del af befolkningen. Typen, der ikke orienterer sig mod sundhed, er derimod et udtryk for en generel livsstil, som også er beskrevet hos Dahl (1996).

Uanset arten af patientrolle er der i praksis tale om, at analysedimensionerne er baseret på medieskabte positioner eller livsstil. Det betyder i praksis, at de handlinger og beslutninger, som informanterne beskriver, involverer beretninger, der er baseret på reelle tilgange til rollen som statinbruger. Der er med andre ord tale om, at de patientroller, som her er anvendt som analysedimensioner, i praksis udgør patientroller, der blandt andet involverer reelle læge-/patientrelationer, ansigt til ansigt-møder med sundhedseksperter og medieret sundhedsinformation. Briggs og Hallin samt Ottos og Dahls teoretisk/empirisk funderede patientroller er dermed det analytiske stillads, der udgør analysedimensionerne for informanternes personlige oplevelser med sundhed generelt og statiner specifikt.

6.4.2.1 Den medicinske autoritet

Beskrivelse af *den medicinske autoritet* (Briggs og Hallin 2016) omfatter blandt andet, at patienten lytter til lægens råd og ikke stiller spørgsmålstejn ved behandlingen. Lægen påtager sig ansvaret for patientens ve og vel. Denne tilgang til lægen som autoritet skinner meget tydeligt igennem blandt statinbrugerne og er en rolle, mange informanter beskriver sig selv i. Her eksemplificeret ved Uffe:

*Ja, fordi den overlæge, hun sagde simpelthen: Du skal tage det! Det sagde hun.
Der er ikke noget at diskutere. Hun var medicinmenneske.*

(Uffe bilag E:10)

Uffe føler ikke selv, han behøver statiner, men har alligevel valgt at følge lægens råd. Der er ubetinget tale om, at lægen ved bedst. Frederik ønsker, som Uffe, ikke at tage statiner, men er på grund af en hjerneblødning år tilbage nødt til at fortsætte sin behandling og har derfor et meget kompliceret forhold til sin medicin.

*Jeg ville sgu gerne være foruden, men jeg tør ikke jo! Jeg tør simpelthen ikke,
når hun siger sådan. Og sids, t hun málte, var det jo også 6,5, ikke?
Jeg tør simpelthen ikke at lade være, jeg vil gerne.*

(Frederik bilag H: 15)

Det, Frederiks læge siger, er, at han risikerer at dø, hvis han igen skulle få en blodprop i hjernen. Statinerne nedsætter risikoen, og Frederik accepterer modvilligt lægens autoritet.

Det er dog ikke altid forbundet med så store kvaler at følge lægen anbefalinger. Meget ofte er det den nemme løsning at lytte til lægens råd, der ikke giver anledning til yderligere overvejelser.

For mit vedkommende, der gik jeg jo til lægen, fordi hvis jeg talte meget og cyklede og alt sådan noget, så blev jeg forpustet. Og så tog han det der, og så siger han: Du har også for højt kolesterol, så kan du spise sådan nogle her.

(Steffen bilag H: 10)

Og:

*Jeg vil jo rådføre mig med min læge i første hug, ikke, og det er jo så en ekspert, ikke? Han har lige præcis det ekspertområde, og ellers så putter han mig jo hen til den rigtige ekspert ...
... Mit liv er sgu for kort til at søge, hvad jeg eventuelt kunne fejle – det gider jeg ikke at bruge tid på. Jeg skal nok reparere på det, når det dukker op, og også prøve at forebygge, at det kommer, ikke?*

(Kim bilag G: 19/23)

Både Steffen og Kim er meget pragmatiske i deres tilgang til lægens råd. Hvis anbefalingerne kan sikre, at de ikke bliver syge, er det efter deres opfattelse helt ok. Der er i udpræget grad tale om, at sundhed er et middel (Otto 1998 og 2005). Det understreges af, at Steffen også siger, at han spiser sin pille, så han ikke bliver syg og stadig kan leve med den samme livsstil.

Enten tog jeg sådan en pille der, eller også så tabte jeg mig de der 20 kilo og lod være med at spise oksekød og sådan nogle ting.

(Steffen bilag H: 6)

Steffen har valgt pillen og spiser, som han plejer. I Kims tilfælde ser han sig selv som en maskine, der skal repareres, hvis den fejler noget. De to beskrevne tilfælde er typiske for en forståelse af sundhed som middel. Dahl (1996, 2005) beskriver, at denne tilgang til sundhed er kendetegnet ved en oplevelse af kroppen som et instrument med en stor tiltro til klinisk medicin, hvor sygdom kan forhindres ved hjælp fra sundhedsprofessionelle. Steffens og Kims tilgang skal ses i lyset af, at ingen af dem oplever, at de har bivirkninger. Statiner bliver dermed den nemme løsning, der er livsstilsbevarende (Tolmie et al. 2003: 146) og samtidig et godt middel til bevarelse af sundhed. Det er relativt ofte mænd, der beskriver, at de uden at stille spørgsmål, lytter til lægens autoritet.

6.4.2.2 Patienten som forbruger

Selvom *den medicinske autoritet* er meget udbredt, er der dog også tale om, at mange af informanterne opponerer mod denne rolle og i stedet påtager sig rollen som *patienten som forbruger*. Vivi er et typisk eksempel:

*Men jeg er ikke altid ligeså autoritetstro mod hvide kitler. Fordi altså – jeg ved jo, hvordan jeg har det. Ikke? Og det ved lægen ikke altid, nej.
Ja de kan jo ikke sætte hele befolkningen på statiner!
Ja, det er da klart, det er jo os, det drejer sig om! Vi skal være os vores eget ansvar bevidst, om man kan sige det. Altså det, jeg mener, det er, at det er os, så må man være egoist i det store og sige: Det er mig, det drejer sig om...
Det er jo ligesom, da jeg fik konstateret diabetes, det er mange år siden, så er det jo meningen, at man skal lægge sin livsstil om. Ikke nødvendigvis at tage sig, det kommer af sig selv, når man lægger hele madplanen om og spiser anderledes.*

(Vivi bilag E: 11-12)

Vivi har ændret sine kostvaner og stiller sig tit tvivlende over for sin læges råd. Vivi oplever en del bivirkninger. Derfor har hun også en høj søgeaktivitet i medierne i forsøget på at finde supplerende oplysninger om statiner og sundhed. Hun nævner Bente Klarlund Pedersen som en troværdig kilde. Hun er som fast Politikenlæser overbevist om, at det er ens eget ansvar at passe på sit helbred. Lægen ved ikke altid bedst. At det gælder for denne gruppe, at lægens ord ikke er lov, og at medierne konsulteres aktivt for oplysninger, kommer meget klart til udtryk hos Lennart:

Og så læste jeg så nogle artikler, hvor nogle forskere havde beskrevet, at der kunne være en del bivirkninger ved det, blandt andet en dårligere muskelopbygning, og det var absolut det sidste, jeg ville ønske, når jeg nu skal dyrke min motion. Og så er der også lavet nogle undersøgelser med et temmelig stort antal mennesker, hvor man har sammenlignet dem der tager, og så placebo, og virkningen var faktisk minimal. Så jeg tænkte: Nej, så det dropper jeg.

(Lennart bilag F: 7)

Lennart er om nogen indbegrebet af *ekspertpatienten*. Han gransker medierne for selv at forstå sin diagnose, og da han oplever bivirkninger, der klart er i modstrid med hans ønsker om at være sund og holde sig i form, fravælger han statiner. Han har fundet det, han oplever som objektive oplysninger i medierne, og har, som den neoliberale tilgang foreskriver, selv aktivt foretaget et valg. Hans opfattelse af sundhed omfatter ikke brugen af kolesterolsænkende medicin. Adspurg, om han føler det som et krav at holde sig sund, svarer han:

Jeg vil sige – altså jeg føler det ikke som et krav, men jeg vurderer de anbefalinger, jeg får.

(Lennart bilag F: 8)

For Lennart er der tale om, at sundhed er et mål. Han taler meget om, hvor vigtigt det er at holde sig sund, og at han mangler noget, hvis han ikke motionerer.

*Altså, jeg bliver mere set som et forbillede rent sundhedsmæssigt, fordi jeg nu har cyklet så meget, som jeg har, ikke ...
... så mine omgivelser ser mig mere som et eksempel på, at det er sådan, man bør gøre.*

(Lennart bilag F: 3)

Sundhed er målet i sig selv, og det er i allerhøjeste grad manipulerbart (Otto 1998 og 2005). For Lennart er der ingen tvivl om, at man selv kan og bør gøre noget. Der er tale om en holistisk tilgang til sundhed, hvor der tænkes og leves sundt i alle aspekter af livet. Bliver man syg, er det ens egen skyld, og klinisk medicin er ikke løsningen (Dahl 1996 og 2005). Denne tilgang er typisk for det moderne fællesskabsorienterede segment, som Lennart tilhører. Han læser Politikens brevkasser og taler om, at "slæberne" skal med på vognen og også være sunde.

Dorit er ligesom Lennart stoppet med at tage statiner. Hun har vurderet frem og tilbage og er på grund af bivirkninger kommet frem til følgende ræsonnement:

Altså jeg har sagt til mig selv, at det kan godt være, at jeg lever et år kortere tid, men hvorfor leve 20-40 år, eller hvor meget, det bliver, og have det ad Hekkenfeldt til med nogle piller, hvis det kun drejer som om, om jeg bliver 78 eller 79. Det vil jeg altså hellere!

(Dorit bilag H: 11-12)

Dorit har vurderet, at graden af bivirkningerne ikke opvejer eventuelle risici. For hende er det gode liv ikke nødvendigvis det lange liv. Det gode liv er et liv uden smerter. På denne vis er der tale om, at der er en stigende bevidsthed om risici som en konkurrence mellem delvis modsætningsfyldte rationalitetsfordringer (Beck 2002: 79). Dorit vurderer, at de angivne grænseværdier er udtryk for en risiko, der er acceptabel. At der er tale om, at *patienten som forbruger* også har fokus på materielt forbrug, kommer til udtryk hos Kim:

Jeg har blandt andet investeret i et dyrt ur, som minder mig om, at jeg skal rejse mig op en gang i timen. Og jeg kan følge med på sådan en tracker her, hvor langt jeg nu har bevæget mig. Og det holder mig sgu lidt til ilden, på den måde at jeg får bevæget mig i stedet for lige at sidde stille foran computeren hele dagen. Så prikker den mig lige på armen, og så skal jeg op og løbe en tur.

(Kim bilag G: 3)

Den aktive patient benytter i stigende grad elektroniske og digitale løsninger i kampen om at holde sig sund (Oxlund 2012). Her har Kim valgt at købe et kostbart ur, der hjælper med at holde ham aktiv.

Kim er et typisk eksempel på, hvordan flere informanter udtrykker holdninger og handlinger, der går på tværs af patientroller. Kim lytter autoritetstro til sin læge, men er også aktivt opsøgende og ansvarlig for egen sundhed. Det er netop en af Briggs og Hallins (2016) pointer, at patientroller sjældent eksisterer i deres rene form og derfor vil kunne findes i forskellige kombinationer. Samme tilgang har Otto (1998: 103), idet hun påpeger, at man højst sandsynligt oftere vil kunne finde hybrider af idealtyperne frem for de rene typer. Endelig påpeger Dahl (1996 og 2005) i lighed med Bourdieu (1995), at livsstil og dertil hørende værdisæt skal anskues probabilistisk, og at det enkelte individ derfor kan have holdninger eller foretage valg, der er dobbelttydige. Nogle af de handlinger og holdninger, informanterne giver udtryk for i interviewanalysen, kan således virke selvmodsigende, men skal blot ses som et udtryk for, at patientroller, idealtyper og livsstilssegmenter er en konstruktion, hvor de rene typer sjældent findes i virkeligheden. Det gælder også på andre områder, end når talen falder på patientroller. Meget ofte beskriver informanterne handlinger og holdninger, der er i direkte modstrid med tidligere udtalelser. Kvale og Brinkmann (2009: 46) forklarer, at denne tendens til flertydighed reflekterer informanternes ofte komplicerede livsverdener, mens Dahl (1996) påpeger, at én ting er, hvad vi siger, noget andet hvad vi gør. Et godt eksempel er Uffe, der påpeger, at han efter et møde med Chris MacDonald blev overbevist om aldrig at drikke kaffe efter kl. 15.00. Uffe drak i forbindelse med interviewet to kopper kaffe, selvom klokken havde passeret 16.00 ved interviewets start.

Generelt gælder det for de informanter, der er kendetegnende for *patienten som forbruger*, at de er en blanding af mænd og kvinder med og uden bivirkninger, og at de i spørgeskemaet har angivet, at de har en høj søgeaktivitet. De forsøger gerne at ændre deres kostvaner og livsstilen, som Vivi og Lennart beskriver, inden de begynder i statinbehandlingen.

6.4.2.3 Manglende orientering mod sundhed

Det samme kan man ikke sige, gør sig gældende for de informanter, der ikke orienterer sig mod sundhed. Her er der en lille eller slet ingen søgning efter sundhedsrelateret stof i medierne.

Inger og Karl er de to tydeligste eksponenter for den manglende orientering mod sundhed. For disse to informanter synes denne manglede orientering som en påfaldende og bevidst strategi for helt at undgå information om sundhed, hvilket følgende ordveksling antyder:

Inger: Man skal aldrig læse indlægssedlen i noget medicin, for så bliver du sgu syg!

Karl: *Ja, det vil jeg gerne tro på! Ej, jeg har aldrig læst det. Men når jeg er med nogen, så siger de: Du skal ikke smide den der ud, lad mig se, hvad der står! Og så Ramipril, det er den jeg tager for blodtrykket – den er så lang her, med små bitte af alting, ikke?*

Inger: *Man skal ikke læse det!*

Karl: *Nej, jeg læser det ikke, jeg smider den ud!*

(Inger og Karl bilag I: 21-22)

Som der vil blive fokuseret på senere, er Inger og Karl ikke de eneste, der får oplevelsen af at blive syge af de informationer om sundhed, de modtager, men de vælger meget klart denne form for information fra. Sundhed og i særdeleshed sygdom er ikke rart at høre om. Spurgt ind til hvorfor, det forholder sig sådan, forklarer Inger:

Nu er jeg medlem af Kræftens Forening, og det er jo klart, fordi jeg selv har været i det, og så får jeg jo det blad, men jeg læser det altså ikke. For jeg kan ikke – jeg magter ikke at høre om alt det der! For jeg har selv været af sted tre gange. Ja, så det er nok. Og min familie har været det: Søster, svigerdatter og nevø og – jeg har rigeligt, jeg skal ikke læse det. Jamen jeg synes bare, det fylder for meget, altså. Vi har det inden for dørene så tæt på, så skal man ikke have fremmede mennesker at læse om. Det er lige galt, uanset hvem det er. Men jeg kan bare ikke have det.

(Inger bilag I: 23)

Mens Karl forklarer:

Jeg læser ikke sådan nogen ting der, overhovedet ikke. Jeg vil hellere underholdes, når jeg læser. Jeg vil hellere underholdes! Så jeg ser heller ikke sådan nogle sundhedsudsendelser og sådan noget i fjernsynet.

(Karl bilag I: 23)

Derfor er det også problematisk, når sundhed bliver en del af underholdningen:

Nu ser jeg Go' morgen Danmark tit om morgenen, når man så går rundt og laver noget morgenkaffe, ikke, og der bliver man jo duttet hovederne fulde. Hende der ernæringsseksperten, hun var der for øvrigt også i morges, hun er god til at pege fingre af folk, ikke, hvad man skal spise.

(Karl bilag I: 5)

Selvom Inger og Karl begge forsøger at undgå information om sundhed, er der her to forskellige forklaringer på spil, om end der i begge tilfælde er tale om, at personlige følelser bliver aktiveret.

For Inger minder sundhedsinformationen hende om egne erfaringer af meget negativ karakter. Hendes familie har flere gange været ramt af alvorlig sygdom, hvilket tydeligvis påvirker hende meget. Ved at fravælge sundhedsinformation undgår hun at tænke på disse ubehagelige oplevelser. Hun fravælger med andre ord sundhedsinformationer, fordi de giver anledning til sorg og bekymring – følelser som Inger selv siger, hun *ikke magter*.

For Karl handler det om, at han vil underholdes af medierne, og det bliver han ikke af sundhedsstoffet, og slet ikke på tv. Problemet for Karl er de løftede pegefingre. Han bliver provokeret af at blive påduttet sundhedsinformation.

For begge informanter gælder det, at de bliver påvirket negativt følelsesmæssigt af sundhedsinformation. Inger bliver bekymret, og Karl bliver irriteret. For at undgå disse følelser er det nemmere helt at undlade at

orientere sig mod sundhed. Otto (1997: 88-89) påpeger helt i overensstemmelse med Ingers og Karls fortællinger, at sundhed hverken er et mål eller et middel hos denne idealtype, for man beskæftiger sig ikke med sundhed og har derfor ingen praksis. Det er i Giddens' (1996: 156) optik klart, at trods modstand, så findes der risici, som alle moderne individer bliver tvunget til at tage stilling til, men som den fatalistiske del af befolkningen fravælger at forholde sig til. Dette fravalg af medier grundet følelsen af irritation eller bekymring hos Karl og Inger understreger mediernes affektive effekt, som beskrevet af Guldbrandsen og Just (2016: 100). Det bekræfter antagelsen om, at medierne følelsesmæssigt påvirker modtageren, og underbygger således gyldigheden af de tidligere omtalte fund i spørgeskemaundersøgelsen omkring forvirring og utryghed.

At Karl tager statiner, skyldes, at der inden for denne livsstilstype er en tro på den kliniske medicin (Dahl 2005), som skal rede individet, når uheldet er ude, og man bliver syg. Hverken Inger eller Karl fortæller om, hvordan de aktivt gør noget for at være sunde:

... Man kan jo godt have en fantastisk god krop, der er helt ren og fri for alle urenheder – nu ryger jeg en lille smule, ikke? Det kan man jo være helt fri for, at man hverken drikker eller ryger eller dyrker sex eller nogen som helst ting, så har man en sund krop, men det er jo ikke et sundt liv. Det er ikke sundhed i min øjne! Nej, der skal man kunne tage et glas rødvin og en cigar.

(Karl bilag I: 3)

Og Inger fortsætter:

*Ja, ud og opleve noget, der er sjovt! ... noget man kan grine af.
Det – at få en rigtigt sund latter – det er så godt.*

(Inger bilag I: 3)

For Inger og Karl handler det gode liv om at være ubekymret og kunne nyde livets goder, alkohol, tobak og et godt grin, mens tiden er til det.

Alle informanter blev spurgt om, hvor de vil finde information om sundhed eller statiner, hvis de fandt det nødvendigt. I betragtning af, at de ikke orienterer sig mod sundhed, kan det synes paradoksalt, at Inger og Karl også blev stillet dette spørgsmål, men adspurgt svarer Karl:

Karl: *Ja, Google, det tror jeg, er sådan upartisk, det er mit indtryk. Hvis du googler et eller andet, så får du de rigtige ting at vide. Dem, der skriver der, de tænker ikke på, hvad der er bedst.*

Inger: *Nej, de skriver bare sådan, som det er.*

Karl: *Ja, det tror jeg også efterhånden.*

(Inger og Karl bilag I: 16)

Svaret er meget sigende, hvilket Hyman og Sheatsley beskrev allerede i 1947 (Hyman og Sheatsley 1947). De forklarer, at denne gruppe af befolkningen er meget lidt orienteret mod omverdenen på langt de fleste parametre, herunder også sundhed. En kombination af et meget snævert generelt udsyn og ingen orientering mod sundhed gør også, at hverken Karl eller Inger, som de eneste af alle informanterne, har hørt om NetDoktor.dk. Selvom Inger i mange år har støttet Kræftens Bekæmpelse, omtaler hun denne interesseforening som *Kræftens Forening*. Det virker også her næsten paradoksalt, at Inger støtter en forening, hun ikke kender navnet på, og hvis medlemsblad hun konsekvent smider ud, når det kommer inden for døren.

Inger og Karl er ikke de eneste informanter, der gerne vil undgå at beskæftige sig alt for meget med deres helbred og fravælger sundhedsinformation, men det er de to informanter, der mest udpræget tilkendegiver denne strategi. Lene kommer med et eksempel fra sin familie:

... da jeg fik konstateret forhøjet kolesteroltal, ringede jeg jo fluks til mine søskende, og min lillesøster sagde med det samme: Jeg går til lægen. Og min tvillingebror, han sagde, at han skulle ikke til nogen læge, det ville han ikke vide noget om.

(Lene bilag G: 9)

Her synes Lenes fortælling at pege på, at hendes tvillingebror ville passe ind i rollen med manglende orientering mod sundhed. Citatet viser desuden en generel tendens blandt informanterne til at hæfte sig ved betydningen af genetik. Der er blandt de sydlige segmenter mange, der påpeger, at de ikke kan gøre så meget ved deres kolesteroltal, fordi de er arveligt påvirkede. Dette er i Ottos optik klart en tilkendegivelse af sundhed som ikke-manipulerbart (Otto 1997: 88-89).

Samlet set er de tre identificerede patientroller segmentmæssigt relativt sammenfaldende med indholdsanalysens konklusioner. Ser vi på *patienten som forbruger* har langt de fleste informanter, der synes at passe i denne rolle, et tilhørsforhold til de nordligere segmenter – primært de moderne fællesskabsorienterede. Informanterne, der passer i forhold til patientrollen *den medicinske autoritet*, befinder sig langs den østlige og sydlige vektor blandt de fællesskabsorienterede og de traditionelle fællesskabsorienterede. Endelig findes de informanter, som ikke orienterer sig mod sundhed, langs den sydlige og vestlige vektor blandt de traditionelle og de traditionelle individorienterede. Denne observation passer godt med den tidligere observation om, at der synes at være en sammenhæng mellem de medier, man er orienteret mod, og den patientrolle man indtager. Tre ud af de fire informanter, der er eksponenter for *patienten som forbruger*, fortæller eksplicit, at de læser Politiken, mens talen blandt informanterne, der tilhører *den medicinske autoritet*, meget ofte henviser til kvindebladene og tabloidavisernes sundhedsindhold. Endelig tilkendegiver de ikke-sundhedsorienterede, at de sporadisk ser tv, men ellers helst vil undvære nyhedsmedier. De nævner stort set kun tv.

Afslutningsvis må det konstateres, at patientrollen *den offentlige sfære* ikke har været markant i nogen af interviewene. Det har ikke været muligt at identificere denne tilrettelæggelse af mediestoffet. Ingen af informanterne har beskrevet, hvordan medierne giver mulighed for kritisk at stå på sidelinjen og afsige moralske smagsdomme. Der er ikke blevet spurgt ind til denne rolle specifikt, som det også er tilfældet for de andre patientroller. Der er i stedet, uden at spørgsmålene var ledende, blevet spurgt ind til, hvilke positive og negative ting medierne bidrager med i forhold til sundhed og statiner, men den form for medieret meningsudveksling, som *den offentlige sfære* er udtryk for, er ikke blevet nævnt eksplicit og direkte af informanterne. Der har været mange underforståede udtalelser, der kunne tolkes i retning af *den offentlige sfære*, men ingen direkte anvendelige citater.

6.4.3 Søgning i medierne

Spørgeskemaanalysen identificerede entydigt, at internettet var det mest anvendte medie, når det gælder om aktivt at søge information. Den åbenlyse fordel ved internettet er dets karakteristika som pull-medie (Jensen 2008). Modsat de analoge medier som aviser og tv er det muligt at finde information præcis, når det passer informanterne. Det er samtidig belejligt at kunne søge meget specifikt på bestemte emner, som Kim her beskriver:

– jeg googler det. Jeg kan ikke engang huske, hvad den hjemmeside hedder, men det er noget med, hvordan medicinen hænger sammen. Så kan man skrive sin hovedmedicin

*op, og så kan man gå ned og skrive den næste medicin, man tager. Og så kan man se, hvordan det interfererer på hinanden. Det er skidesmart ...
... Så vil jeg have nogle facts, så kolde som overhovedet muligt, ikke? Og det kan du jo finde på sundhed.dk eller på medicin.dk, eller hvad de hedder, de forskellige.*

(Kim bilag G: 15)

Og Uffe og Vivi påpeger:

Uffe: *Jeg har søgt ved hver eneste af de mediciner, som jeg har. Der var jeg inde på Medicin.dk.*

Vivi: *Altså, jeg stoler på sundhed og på apoteket og hvad er der mere – hvad hedder den anden?*

Uffe: *NetDoktor?*

Vivi: *Ja, NetDoktor.*

Uffe: *Det gør jeg nemlig også.*

Vivi: *Og de er nemme at søge på.*

(Vivi og Uffe bilag E: 22)

Langt de fleste informanter, uanset uddannelse, livsstil og patientrolle, beskriver internettet som det første sted, de søger om medicin, uanset om det er statiner eller anden medicin. Leo udtrykker det samme som mange af de andre informanter på følgende vis:

*Jeg går også ind på internettet og leder efter medicintyper og hvad man bruger det
Til, og hvad er bivirkningerne. Det gør jeg ved hver enkelt medicin, jeg får ...
... Nettet er godt, fordi du kan søge forskellige ord, og du kan lede efter forskellige ting.*

(Leo bilag F: 15)

Hvis ikke man søger efter information om egne sundhedsforhold, er det meget ofte families eller venners sundhed, man orienterer sig mod:

*Jeg har haft nogle bekendte, som har haft en eller andet sygdom, og som blev opereret
for noget voldsomt noget, og der har jeg altså gået ind på NetDoktor eller på Google
direkte på sygdommen*

(Vivi bilag F: 20)

Og:

*Altså jeg gør det på min fars vegne for at sige til ham: Når du nu skal op til lægen
næste gang, så prøv lige at spørge om de to her. Der kan godt være en indvirkning på
hinanden.*

(Kim bilag G: 16)

At internettet er det mest anvendte medie til aktiv søgning både på egne og andres vegne understreger Kulturministeriets (Slots- og Kulturstyrelsen 2016a) tal og pointer om, at den ældre del af befolkningen i stort omfang aktivt bruger nettet til informationssøgning. De traditionelle medier spiller dog også en rolle, når det kommer til at holde sig opdateret på sundhedsstof. Følgende sammenstykkede dialog opsummerer fornemt de pointer om de analoge medier, som informanterne på tværs af interviewene gav udtryk for:

Lennart: *Ja, der er ingen tvivl om, at jeg ville kigge, hvis jeg så eller hørte noget om, at der kommer noget om statiner, så ville jeg slå over og se, om der er noget nyt.*

Leo: *Ja, ja, hvis jeg ser en artikel eller andre ting, så læser jeg det, det gør jeg.*

Ole: *Ja, det gør jeg også.*

Leo: *I tv. Jeg læser ikke så meget blade.*

Ole: *Også i den almindelige dagspresse synes jeg nogle gange, der er noget.*

Lennart: *Og i Politiken er der forskellige brevkasser, hvor man kan spørge om det ene eller det andet...
... Der er jo masser af artikler i damebladene blandt andet.*

Ole: *Det er faktisk også i lokalaviserne, ikke, i Søndagsavisen. De her ting til at få forbrændingen op og forskelligt. Man ser det jo rundt omkring, ikke? Og det rigtigt nok, det er også i damebladene, det har jeg også set! "7 øvelser for at få en flad mave" og sådan noget, ikke?*

Lennart: *Ja, du kan ikke åbne et dameblad, uden der er noget om det – om sundhed og –*
(Leo, Ole og Lennart bilag F: 5-6)

Oles udtalelse om "7 øvelser og flad mave" vidner om et godt kendskab til kvindebladenes univers. I henhold til indholdsanalysen er Oles "overskrift" så virkelighedstro, at den sagtens kunne være en del af en artikel bragt i Femina. Ellers vidner dialogen om, at tv, dagblade, gratisaviser og ugeblade alle bliver gransket, hvis informationen tilbydes. Det er også i fuld overensstemmelse med spørgeskemaundersøgelsens resultater og Kulturministeriets (Slots- og Kulturstyrelsen 2016a) pointe om, at den ældre del af befolkningen er de mest aktive mediebrugere af specielt trykte medier. Det skal dog påpeges, at alle de omtalte analoge medier er push-medier (Jensen 2008), og derfor ligger der ikke en aktiv søgehandling bag, når disse medier viderebringer sundhedsinformation. Der er tale om, at informationen er mere tilfældig via de traditionelle medier, og at det ikke er planlagt, når den bliver præsenteret for informanterne. Det understreges af Lennarts bemærkning om, at han da ville læse om det eller slå over, hvis der kom noget nyt om statiner.

6.4.4 Polariseret medieindhold

Søgning efter sundhedsinformation er altså en udbredt foreteelse blandt informanterne, men effekten af denne søgeaktivitet er ikke ensidigt positiv eller negativ. Der er meget stor forskel på, hvordan de forskellige sundhedsoplysninger bliver tolket. I de følgende afsnit vil det blive beskrevet, hvordan effekten af medieindholdet ud fra informanternes beretninger kommer til at fremstå som polariseret. Det positive og negative såvel som det neutrale indhold i medierne vil her blive kommenteret, som det blev udlagt af statinbrugerne gennem rækken af interviews.

6.4.4.1 Positivt medieindhold

Et af de mest markante udtryk for medierne som en positiv ressource blev udtrykt af Frederik:

*Jamen det er klart, at de giver nogle fornuftige oplysninger om mange ting, jo.
Og så er der så lidt dårlige ting ind imellem, men altså det er da klart, at hvis de oplysninger ikke var der, der kommer frem om sundhed, så tror jeg sgu, at halvdelen af Danmarks befolkning er døde jo, ikke?*

I Frederiks optik spiller medierne en livsvigtig rolle i forhold til at informere danskerne. En af dem er Leo, der spurgt ind til, om medierne kan bruges til noget, positivt svarer:

Det er lidt fra den tid, da jeg lærte og læste om statiner. Men skal tage dem om natten, statinerne, fordi det er om natten, at leveren producerer et eller andet, som giver kolesterol. Jeg ved ikke rigtigt, hvad det er, men det bliver produceret, mens man sover, så derfor skal man tage sine statiner om natten

(Leo bilag F: 6)

Her er det tydeligt, at det ikke er lægen, men medierne, der har leveret oplysningerne om, hvornår statinerne bliver taget mest hensigtsmæssigt. Leo er ikke den eneste informant, der nævner, at han har sin viden fra medierne om, at statinindtaget er bedst ved sengetid. Disse beretninger er et klart eksempel på Tolmie et al's (2003) pointe om, at lægens oplysninger bliver suppleret af medierne, og at de som en positiv ressource ofte er mere informative end en konsultation hos lægen. Således var det medierne, der fik Oles øjne op for, at forhøjet kolesterol er arveligt:

Jeg så, der var noget i BT, noget om at det er arveligt betinget, med statiner, der er faktisk mange, der går rundt uden at ane det med forhøjet kolesteroltal på grund af, at det er arveligt, ikke?

(Ole bilag F: 10)

Ole har to brødre, der, før han selv fik det konstateret, var blevet diagnosticeret med forhøjet kolesterol. BT's artikler om en genetisk sammenhæng fik ham til at gå til lægen og få undersøgt sit eget kolesteroltal. Medieindholdet fik på denne vis Ole til reflektivt at overveje, om ikke han som sine to brødre var i risikozonen. Det lykkes altså medierne generelt (BT specifikt her) via et tilstrækkeligt informationsniveau at anspore til, at individet træffer de nødvendige forholdsregler, så en eventuel risiko kan minimeres (Beck 2002: 84). Oles beskrivelse er også med til at understrege gyldigheden af Giddens' (1996:144) bemærkninger om, at risikoprofiler ikke kun er forbeholdt eksperterne, og at disse i meget bredt omfang forsøger at mangfoldiggøre deres viden, så den bliver tilgængelig for lægfolk. Endelig understreger Oles beretning ræsonnementet i Frederiks udsagn om, at medierne er livsvigtige.

6.4.4.2 Neutralt medieindhold

Inden for den knapt så positive oplevelse af medier ligger de mere neutrale udsagn. Det er meget ofte nøgterne konstateringer om mediernes indhold og deres tilblivelse. Et godt eksempel er Karsten:

Man kan sige, hvis der er noget banebrydende forskning, så skal det nok ramme alle medierne. Så ser vi det, uanset hvilken en avis vi læser.

(Karsten bilag H: 32)

Her er det underforstået, at Karsten mener, at alle informanterne i interviewgruppen læser avis. Det er samtidig et godt eksempel på det, Briggs og Hallin (2016) beskriver, når de understreger, at de traditionelle medier er dem, de digitale medier indholdsmæssigt læner sig op ad. Aviserne bringer nyheden, og derefter spredes mange af nyhederne til nettet. Aviserne er i Karstens optik dem, der sikrer ham at være opdateret, hvis det er tilstrækkeligt vigtigt.

I det hele taget er der meget fokus på avisernes tilgang til sundhed og ikke mindst journalisternes rolle. Det bliver tit beskrevet, hvordan indholdet er dikteret af journalisternes arbejdsmetoder, behovet for at tjene penge og samtidig at underholde publikum. Ghita siger om kilder:

Det kommer jo an på den journalist, der sidder og skriver artiklen, hvilken overbevisning han har, og hvilke kilder han søger. Søger han i medicinalindustrien, så vil det være for og rosende ord, søger han de alternative behandlere og helsekostbutikker, så vil det være diametralt modsat, ikke?

(Ghita bilag H: 6)

Ghita har en god indsigt i den journalistiske proces, og hendes udtalelse er et godt eksempel på Gravengaards (2010) tanker om, at kilder kan være igangsættere af en historie. Steffen fortsætter i samme spor om kildernes betydning for objektiviteten:

*Men en journalist er vel god, hvis han laver en artikel, hvor der er to eller tre forskellige meninger. Altså tre eksperter, der udtaler sig, så er det vel bedre ...
...Altså han beskriver de tre meninger, der er om den pille, vi spiser, det ville da være bedst, ikke? Det er jo ikke hans egen mening, vel - ?*

(Steffen bilag H: 30)

Steffen forbinder en god journalistik og et troværdigt medie med den journalistiske grundregel om objektivitet. Ellers er der en klar enighed om, at medierne tjener penge på sundhedsstoffet og samtidig ønsker at underholde deres publikum. Det kommer klarest til udtryk i en dialog mellem Inger og Karl:

Karl: Men det er jo også lidt – jeg ved ikke, hvor det kommer fra, og jeg ved ikke, om det er rigtigt, men jeg har sådan lidt indtrykket af, at pressen – hvis det er ugeblade, nu var det dem, jeg nævnte før, ikke – de skal jo sælge ugeblade.

Inger: Jamen det tror jeg, du har fuldstændigt ret i. De skal have solgt deres blad.

Karl: Ja, de fortæller ikke folk, hvad de skal vide, de fortæller folk, hvad de gerne vil høre, ikke?

(Inger og Karl: bilag I: 15-16)

Hverken Karl eller Inger orienterer sig mod sundhed, men de er meget opmærksomme på, at medierne ikke bringer sundhedsstoffet af altruistiske årsager. Flere andre informanter bekræfter på den samme vis en af præmisserne ved medialiseringen. Andre institutioner er et råstof, som medierne trækker på i deres produktion af stof til eget publikum (Hjarvard 2009: 18). Her er det sundhed, som bliver råstoffet. Karls bemærkning om, at medierne "ikke fortæller folk det, de skal vide, men det de gerne vil høre" er yderligere en understregning af, at medialiseringen har medført, at medierne ikke længere opfattes ud fra deres tidligere rolle, hvor de i tråd med public service-traditionen informerede og servicerede borgeren på vegne af staten uden at skele til borgerens individuelle præferencer. Karl udtrykker ingen utilfredshed med denne kendsgerning. Det er blot en konstatering, at sundhed sælger, fordi publikum gerne vil høre om det:

*Altså BT har jo kørt en masse kampagner, med forskellige ting ...
... De bruger det i deres markedsføring, om jeg så må sige, med folks sundhed.*

(Lennart bilag F: 16)

Heller ikke Lennart udtrykker skepsis over det faktum, at BT omtaler sig selv som Danmarks sundhedsavis. Sundhed sælger. Det er imidlertid ikke alle kommentarerne til mediernes indhold, der er så nøgterne.

6.4.4.3 Negativt medieindhold

Det er tydeligt, at medierne ikke alene opfattes som en positiv ressource blandt informanterne, men at indholdet også kan være problematisk, når det kommer til en servicering af publikum. Udtrykt her af Uffe:

*... min holdning til journalister er ret lav. Altså jeg klassificerer dem ikke som troværdige. De skriver præcis det, folk gerne vil høre.
... jeg er meget, meget skeptisk over alt den information, der bliver kastet på én. Det er kun mig, der skal filtrere det, jeg kan bruge fra. Der er ufatteligt meget information, og så skal man i første omgang filtrere det ...*

(Uffe bilag E: 23)

Uffe mener, at fordi medierne skriver det, folk gerne vil høre, er han nødt til at filtrere de informationer, han får, for det gør journalisterne ikke i tilstrækkelig grad. Det er vigtigt at selektere i den information, man får gennem medierne og være opmærksom at bruge sin sunde fornuft, eller som Lene siger:

... det er jo heller ikke sådan, at man går ind på hvad som helst på nettet og tager det for gode varer, vel? Tit når man søger på et eller andet, så kommer man ind på et eller andet privathospitals sider om et eller andet, og så tænker jeg jo også sådan: Arh, det tager vi lige med at gran salt det her, ikke? Og så prøver jeg at søge netop noget, jeg tror er mere objektivt. Nogen der ikke skal sælge mig en løsning på det her, ikke?

(Lene bilag G: 17)

Lenes oplevelser i forbindelse med egne søgninger på nettet understreger Wrights (2009: 65) iagttagelser om internettets troværdighed, og hvor vigtigt det er at kunne skelne mellem forsknings-, medicinal, eller private sites. Spørgsmålet er, om objektivitet og troværdighed bliver et personligt anliggende, som beror på individets egen personlige overbevisning i relation til mediet og dets indhold. Lene fortsætter:

... jeg har det lidt på samme måde med aviserne. Altså når BT skriver artikler om, at man skal holde sig fra statiner, og det er farligt – det kan jeg ikke bruge til noget. Altså det kan jeg ikke.

(Lene bilag G: 24)

Lene oplever, at hendes eget statinbrug er livsnødvendigt og ikke har nogen bivirkninger, og derfor er en negativ beskrivelse af kolesterolsænkende medicin i medierne også ensbetydende med, at medierne spiller en negativ rolle for hendes opfattelse af egen situation. Karsten har det på samme måde med BT, men har valgt en endnu mere konsekvent tilgang:

Nu snakkede vi om troværdighed og medier før, altså jeg ville aldrig blive bekymret over noget, der står i BT, fordi – altså jeg ser det ikke som en troværdig avis. Den har en glimrende sportssektion, men det er så det.

(Karsten bilag H: 31)

Karsten bekymrer sig ikke om BT's sundhedsstof, fordi han anser mediet BT for at være utroværdigt. Paradoksalt nok gælder det ikke sportssektionen. Det er altså meget tydeligt, at medierne på nogle områder udgør en ressource, mens det på andre områder har en negativ værdi for informanterne. Det handler meget om troværdighed og personlig overbevisning. Frederik mener, at mediernes sundhedsindhold er livsnødvendigt, og Ole er med udgangspunkt i BT's artikler begyndt at tage statiner. Lennart er modsat Ole stoppet med at tage sine statiner. For begge informanter har mediernes indhold

været positivt afgørende for deres adherence eller non-adherence. Præcis som mange af medie- og statinundersøgelserne (bl.a. Saib et al. 2013; Neiderdeppe et al. 2013; Kruger et al. 2015; Nielsen og Nordestgaard 2015; Matthews et al. 2016; Kriegbaum et al. 2017) konkluderede, er der en sammenhæng mellem mediernes indhold og adherenceniveau. Selvom Ole og Lennart har taget hver deres modsatrettede beslutning, har medierne for dem hver især været en positiv medspiller, hvor indholdet var med til at underbygge deres beslutninger. Effekten af medierne er derfor som beskrevet ovenfor ikke kun kognitiv eller affektiv men i højeste grad også adfærdsmæssig (Guldbrandsen og Just 2016: 100). At Ole tilvælger, og Lennart fravælger at tage statiner, er udtryk for en avanceret/kraftig mediepåvirkning, som Nielsen og Nordestgaard (2015: 5) også har påvist i en dansk sammenhæng. Begge informanter udtrykker meget klart, at det var medierne og ikke deres læge, der var afgørende for deres beslutning. Uanset udfaldet af deres beslutning er medierne i dette tilfælde altså en ressource.

Medierne er dog ikke altid en positiv medspiller og en ressource. For Lene og Karsten gælder det, at de afviser bestemte medier og anser dem for at være utroværdige. Polarisering af medieindholdet er ikke nødvendigvis baseret alene på mediernes indhold, men i lige så høj grad på informanternes personlige værdier, holdninger, oplevelser og livsstil. Om noget bliver anset for at være skadeligt eller gavnligt, afhænger af individet. Ofte udtrykker informanterne, at deres personlige holdning spiller ind på deres opfattelse af mediernes budskab og derfor også på, hvordan de handler i forhold til netop dette indhold. Det fremgår af følgende citater:

Altså jeg har det nok igen sådan, at jeg læser noget og tager det, jeg har brug for og lader resten ligge.

(Lene bilag G: 10)

For Inger gælder det, at selvom hun ikke er orienteret mod sundhed, er hendes værdier afgørende for, hvad hun vælger.

Ja, men jeg ved ikke, hvor meget man tager det med sig. Og jeg hører det, men jeg tror, man er blevet for gammel til at lave om på sine ting. Du har din hverdag, og du gør sådan, og du går efter det, du kan lide, og du går efter det, som du mener, er godt.

(Inger bilag I: 6)

Mens det for Karsten gælder:

Nu var der også nogen, der sagde, at det var rigtigt godt med et glas vin om dagen, og den kan jeg godt købe ind på! Man kan jo også selektere lidt og tage det, man synes er godt, ikke?

(Karsten bilag H: 20)

Hvortil Dorit svarer:

Ja, det kan jeg rigtigt godt følge dig i, fordi da jeg læste den der i BT, så tænkte jeg også: Yes, jeg har taget den rigtige beslutning! Ikke, altså?

(Dorit bilag H: 30)

Dorits bemærkning er en henvisning til hendes beslutning om at stoppe med at tage statiner på grund af bivirkninger og viser, at indholdet af BT's artikler underbygger og bekræfter hendes valg om non-adherence.

Informanterne vælger altså ud fra egne værdier, hvilke budskaber der er anvendelige. Lene afviser BT's statinkritiske artikler og kan ikke bruge dem til noget, mens Dorit finder belæg for fortsat non-adherence i

de samme artikler. Framing-teoriens pointe om, at det, der opleves som den dominerende frame hos individet, når medierne tilbyder flere samtidige frames, ofte er den frame, der understøtter det samme individs allerede etablerede værdisæt (Chung og Druckman 2010).

Der er på denne måde tale om, at mediernes indhold er polariseret i forhold til anvendelighed alt efter overbevisning, og her spiller ikke mindst den inter- og intratekstuelle budskabsdiskrepans beskrevet i indholdsanalysen en stor rolle. For som det skal understreges i næste afsnit, er informanterne helt enige om, at der er tale om modsatrettede budskaber i medierne. Det betyder ikke altid, at budskaberne forkastes. Det budskab, der er i bedst overensstemmelse med det enkelte individs personlige værdier, vil fortsat være det mest overbevisende. Chung og Druckman (2007: 102) argumenterer i lighed med denne observation for, at når der er tale om modstridende frames, medfører det oftest, at individet ikke ændrer sine holdninger nævneværdigt.

Det kan synes som et paradoks i forhold til de førnævnte medie- og statinundersøgelser, der jo netop pegede på, at medierne kunne påvirke adherenceniveauet i begge retninger. Dette er imidlertid ikke et paradoks. For når statinbrugerne i denne afhandlings interviewundersøgelse fortæller, at de holdt op med at tage statiner, er det netop, fordi de på forhånd ikke følte, at det at tage statiner havde værdi for dem. For Lennart og Dorit var det af større værdi at være bivirkningsfri. Her var medierne en ressource, der bekræftede dem i denne anskuelse og hjalp dem med at træffe et valg. På samme måde var medierne også en ressource for Ole, når han traf det modsatte valg. For ham var det en større værdi at føle sig tryk, og han begyndte derfor at tage statiner efter at have læst BT. Det betyder, at mediernes framing kan være med til at understøtte allerede etablerede værdier og holdninger og på sigt være med til at påvirke disse holdninger, så der træffes et aktivt valg om ændring af vaner. Valg der er mere i tråd med allerede eksisterende overbevisninger. Når medierne så modsat ikke kan understøtte en aktiv beslutning, skaber det af og til frustration. Frederik oplever konstant, at den medicin, hans læge pålægger ham at tage, beskrives som skadelig i medierne. Frederik bliver gennem BT's artikler bekræftet i sin værdi om, at det er godt at være bivirkningsfri, men kan ikke uden sin læges billigelse træffe et valg, der er i overensstemmelse med disse værdier. Medierne bliver på denne vis en ligegyldig ressource, som giver anledning til frustration. Det samme oplever Lene, når hun læser de samme artikler i BT og afviser dem som ubrugelige. Selvom informanterne på denne vis tager stilling til modstridende budskaber i medierne på baggrund af allerede etablerede værdisæt, er det ikke ensbetydende med, at disse modsatrettede informationer ikke giver anledning til usikkerhed. Den inter- og intratekstuelle budskabsdiskrepans er som her beskrevet af Dorit kilde til forvirring:

Ja, men det er jo netop mange af de der, der har været for nyligt i BT af de der artikler, ikke? Hvis du virkelig sidder og nærlæser dem, så modsiger de sig selv hele vejen igennem. Og når du er færdig, så er du skrupforvirret. Der er ikke nogen rød tråd, at hvis du gør sådan og sådan, så bliver du ældre. Og jeg tror, at det er fordi, at i bund og grund, så er der ikke nogen af os, der ved det.

(Dorit bilag H: 29)

Så selvom Dorit er afklaret om sit valg i retning af non-adherence, er tilstedeværelsen af andre frames til stadighed med til at gøre hende forvirret, når hendes værdier bliver udfordret. Det næste afsnit vil fokusere på denne forvirring og de dertil relaterede oplevelser via medierne.

6.4.5 Forvirring og utryghed

Det kan til tider være en udfordring at sidde sammen med fremmede mennesker i en interviewsituation. Specielt er det svært i grupper at tale om følsomme emner (Kvale og Brinkmann 2005). Det at være statinbruger er ikke i sig selv et specielt følsomt emne, men de følelser, der er relateret til oplevelsen af livslangt at skulle tage en bestemt medicin, kan være udfordrende at tale om. Derfor var interviewforløbet

tilrettelagt således, at de mere følsomme emner omkring forvirring og utryghed lå sidst, for at informanterne kunne være mere trygge i hinandens og udspørgers selskab.

6.4.5.1 Forvirring

Derfor var det også påfaldende, at mange informanter uopfordret og ofte inden selve interviewet fortalte, at de var forvirrede over sundhedsindholdet i medierne. Under interviewet blev der derfor spurgt ind til præcis denne følelse.

Et typisk eksempel er det følgende, som kom til udtryk i interviewet med Vivi og Uffe:

Kasper: *Har I oplevet, at medierne nogle gange kan være forvirrende*

Vivi: *JA!*

Uffe: *I allerhøjeste grad! De forvirrer mig i hvert fald!*

(Vivi og Uffe bilag E: 26)

De fleste informanter udtrykte på lignende vis, at de var forvirrede på et eller andet niveau. Selv en *ekspertpatient* som Lennart oplever at være forvirret:

... men der er jo så mange eksperter eller så mange, der udtaler sig, at man kan blive totalt forvirret, ikke? Altså den dag, så er det godt, og den næste dag, så er det ikke godt, så er det nogen andre, der kommenterer sådan. Så altså vi får jo forvirrede signaler fra medierne, det gør vi.

(Lennart bilag F: 19)

Lennart løfter sløret for, hvordan denne forvirring opstår, idet han påpeger, at det er de skiftende anbefalinger, der er den primære årsag. Vivi og Uffe giver et bud på, hvordan denne forvirring over mediernes indhold er opstået hos dem:

Man kan ikke stole på dem, fordi det har jo vist sig over længere tid, at de modsiger sig selv.

(Vivi bilag E: 27)

*Et glas vin er jo pludseligt – nu er det godt igen. Før var det godt, og så var det ikke godt, og nu har jeg læst i en artikel igen, at nu er det igen godt med et glas ...
... men ifølge indlægssedlen kan det have indflydelse på medicinen.*

(Uffe bilag E: 29)

Også Leo udtrykker forvirring over budskabsdiskrepansen omkring rødvin:

Rødvin skulle være godt, og så lige pludselig så kommer der et stykke tid efter nogle artikler med, at rødvin er alligevel ikke så godt. Jeg tænker på antioxidanter og sådan noget, ikke? Og så må du ikke spise æg, og nu må du godt spise æg, hvad skal man tro på?

(Leo bilag F: 21)

Det er oftest den intertekstuelle budskabsdiskrepans, der over tid synes at skabe forvirring. Penduleringen mellem sundt og usundt er kendetegnende for mange fødevarer og kostindtag. Den er dermed med til at

danne grobund for følelsen af forvirring. Tolmie et al. (2003: 146-147) beskriver, at den cykliske karakter af sundhedsinformation typisk udgør en kilde til negativ påvirkning af statinbrugerne.

Den cykliske karakter er en naturlig præmis ved det moderne liv. Giddens (1996: 159) understreger, at det der i dag regnes for acceptabelt, passende og anbefalelsesværdigt, ofte bliver ændret i lyset af nye videnspåstande. Den cykliske natur af al viden som en præmis for det moderne liv bliver accepteret af to af informanterne. Spurgt ind til, hvorfor hun ikke er forvirret, svarer Lene:

Det er nok fordi, jeg har nået den alder, jeg har, og der har jo været så vidt forskellige meldinger igennem – altså min svigermor sagde altid: Vi skal huske at spise det her, mens det er sundt endnu, ikke? Fordi om 14 dage, så er det nok ikke sundt mere ...

(Lene bilag G: 23)

Og Kim supplerer:

Så jo, selvfølgelig er der lidt modstridende meldinger engang imellem, men det forvirrer mig ikke, ikke mig.

(Kim bilag G: 22)

Lene og Kim tilhører det moderne fællesskabsorienterede segment og er blandt de længst uddannede informanter. Som supplement til Lenes egen forklaring om, at hun med alderen er blevet immun over for skiftende anbefalinger, påpeger Giddens (1996: 144), at det netop er den bedst uddannede gruppe, der har størst forståelse for, at ny forskning kan betyde nye udmeldinger. Derfor er det også den længere uddannede Karsten, der meget nøgternt påpeger følgende:

Jo, men det er jo netop de der skift, der kommer. At det ene år, så er det én ting, man må, og så det næste år, så må man slet ikke det, og så skal man gøre noget helt tredje, ikke? Og det er som om, at de kommer ud med nogle halvfærdige forskningsresultater, ikke? Og så publicerer de det, og så følger vi den trend, indtil de finder ud af, når de bliver helt færdige med det, at det var faktisk ikke så smart alligevel, ikke?

(Karsten bilag H: 28)

Karsten har gennemskuet, at medierne ofte bringer spektakulære og sensationelle nyheder baseret på ikke afsluttede forskningsprocesser. Det er netop en af Seales (2004: 53) pointer, at sundhedsjournalistikken fejler, når den anvender spekulationer som fakta og dermed udstiller en mangelfuld indsigt i de videnskabelige metoder. Så foruden den inter- og intratekstuelle budskabsdiskrepans er ufuldstændige og dårligt underbyggede anbefalinger med til at skabe forvirring.

6.4.5.2 Utryghed

Af spørgeskemaanalysen viste det sig, at forvirring var mere udbredt end utryghed. Det gælder også i interviewundersøgelsen. At der er tale om et følsomt emne, er oplagt, og derfor bliver ordet utryg heller ikke anvendt så ofte af informanterne selv. Det skete primært, når der bliver spurgt direkte ind til følelsen, at det vandt genklang blandt informanterne, som i følgende eksempel med Ole:

Ole: Jo, jeg oplevede det med aluminium i deodoranter, hvor jeg har en kæreste, der siger, at det var simpelthen det værste, man kunne gøre, og det var kræftfremkaldende og alt muligt, ikke? Men så synes jeg, at jeg har hørt noget om, at så farligt er det altså ikke alligevel.

Kasper: *Nej, og det var med til at skabe utryghed hos dig?*

Ole: *Ja.*

(Ole bilag F: 21)

Uffe er også meget klar i mælet, når han bliver spurgt ind til, om mediernes indhold er med til at skabe utryghed:

Jamen det er det. Hele livet er utrygt.

(Uffe bilag E: 28)

Det er generelt meget konkrete ting, som informanterne påpeger, skaber utryghed, som i Oles tilfælde deodoranter samt Ingers og Karls ubehag ved indlægssedler. Uffe har oplevet utryghed i forbindelse med, at han altid har været glad for at tilføje en knivspids af det tredje krydderi⁷³ til sin mad. Da han læste i medierne, at det kunne være sundhedsskadeligt, blev han utryg over at have brugt det hele livet. Der tegner sig imidlertid et billede af, at utryghed også dækker over langt mere voldsomme følelser i form af nervøsitet, bekymring og angst. Inger fortæller, at hun bliver nervøs (bilag I: 22), mens Frederik kommer igennem hele følelsesregistret:

Jamen det er da helt klart, at dengang BT kørte den kampagne, så blev jeg da bekymret. Så var jeg oppe ved min læge og spørge, om jeg ikke kunne slippe for det, men det kunne jeg så ikke.

(Frederik bilag H: 30)

Og Frederik fortæller om sine oplevelser på nettet:

Nej, jamen det der med, at man kan gå ind og undersøge, hvad man fejler! Det der med, at folk hører et eller andet ord, så går de ind og undersøger det, og så bliver de kraftedme mere syge, end de var i forvejen, når de går ind og læser det! Jeg synes, det er et helvede, det skulle aldrig nogensinde være blevet givet tilladelse til!

Kasper: Så du søger ikke?

Det kunne jeg ikke drømme om at gøre! Man bliver da meget mere dårlig med alt det der, de skriver! Så hvis du siger, at du har sådan et lille symptom, så går man ind og søger, og så kommer det kraftedme op, at du er næsten død jo! Det synes jeg sgu!

(Frederik bilag H: 19)

Der er hos Frederik næsten forbundet med dødsangst at søge information. Der er nok ikke megen tvivl om, at Frederik selv har oplevet at blive skræmt af den information, han har fundet, når han har benyttet internettet til informationssøgning. Frederik, der ikke har så lang en uddannelse, udtrykker på denne måde samme holdning til sundhedsrelateret information som Inger og Karl. Det er ikke fornuftigt at beskæftige sig med, da det i højeste grad kan virke angstprovokerende.

Der er blandt informanterne en generel tendens til, at informanter med kortere uddannelse er mere tilbøjelige til at blive forvirrede og utrygge over mediernes sundhedsindhold. Det passer godt med Dahls (1996: 11-12) observation af, at denne gruppe med kortere uddannelse har sværere ved at tolke troværdigheden af den information, de modtager via medierne, end befolkningsgrupper der har en længere uddannelse. Der er i spørgeskemaundersøgelsen en tendens til, at de længst uddannede oftere er uenige i, at de bliver forvirrede og utrygge end kortere uddannede. Tendensen er signifikant med et niveau

⁷³ Også kendt under den kemiske betegnelse mononatriumglutamat.

på over lidt over 80%, så den understøtter ikke fuldt ud denne iagttagelse, men giver et fingerpeg om retningen.

Tendensen til, at de længst uddannede er mindre forvirrede og utrygge, kan også dække over, at disse informanter finder det mere tabubelagt at udtale sig om disse følelser i selskab med andre, da det måske i deres optik kan anses for et svaghedstegn. Uanset forklaringen oplever langt de fleste informanter, at den inter- og intratekstuelle budskabsdiskrepans har negativ betydning for opfattelsen af mediernes sundhedsindhold. Samtidig er det også tydeligt, at forvirring og utryghed opstår, når indholdet i medierne ikke harmonerer med personligt oplevede erfaringer eller er i modstrid med de førte livspraksisser. Uanset erfaringernes karakter er der ingen tvivl om, at medierne som nævnt ovenfor hos Inger og Karl har en affektiv effekt på informanterne. Her er dødsangst en meget kraftig mediepåvirkning, som i omfang heldigvis er underrepræsenteret i forhold til f.eks. forvirring.

6.4.6 Gennemgående temaer

Livspraksis er et af de gennemgående temaer, som flere af informanterne beretter om, når de under interviewene beskriver deres egne patientberetninger. Mange af de statinbrugere, som ikke oplever bivirkninger, beretter om, at det at tage statiner er en helt normal hverdagsting, der giver tryghed:

Kim: Jeg vil sige, at det er ligesom at tage sin daglige vitaminpille, når man skal tage sådan nogen ...

Lene: Jo, præcis. Så for mig er det en god hjælp og en tryghed, synes jeg. Det er ikke fordi, det er noget, jeg går og tænker på i hverdagen ...

Kim: Jamen det var det der – det er jo tryghed, ellers ville jeg jo heller ikke tage det. Altså hvis jeg var – altså jeg behøver ikke at gå og være bange for, hvad jeg lige præcis indtager den dag af føde, at kolesteroltallet stiger, fordi det der, det holder det lige på et niveau, som går, at jeg ikke behøver at tænke over det. Så det er i høj grad tryghed, det tror jeg på.

(Lene og Kim bilag G: 7-8)

Kim og Lene oplever, at deres liv bliver mindre risikobetonet, når de tager statiner, og denne livsførelse giver dem tryghed, hvilket også Ghita omtaler, når hun forklarer, hvad sundhed er for hende:

Og sundhed... ... det giver også tryghed, at man ikke behøver at være nervøs for, hvad der skal ske, hvis man er syg, eller hvis man har noget kronisk.

(Ghita bilag H: 1)

Giddens (1996: 159) forklarer, at kalkulationen af risici og risikoadfærd i praksis ikke bliver foretaget i forhold til den enkelte risiko, men er en opvejning af flere samtidigt forekommende risici ordnet i pakker af risikoenheder. Livsstilsplanlægning er derfor ofte et valg af risikopakker. For Kim er det acceptabelt at tage kolesterolpiller, fordi risikoen for bivirkninger er forsvindende lille, og i lighed med Steffen kan han så fortsætte sin livsstil med at spise de fødevarer, han ønsker, uden at det påvirker hans risiko for hjertekarsygdomme negativt. Samme tilgang til risiko har Ghita og Lene også. Der er ingen risiko for bivirkninger, så risikoen ved at tage statiner er i deres optik langt mindre end risikoen for at få et hjertetilfælde.

Kim er i øvrigt ikke den eneste, der sammenligner statiner med vitaminpiller.

At det er en behandling, der ikke bør afbrydes, har alle informanter en forståelse af:

Altså jeg er i den situation, at jeg livslangt skal tage medicin, om jeg vil eller ej. Det har jeg indset, at det skal jeg ... Altså det ligger i naturen, at man har det godt, og at man er sund.

(Uffe bilag E: 3)

Uffe giver på denne vis udtryk for, at statiner er med til at holde ham sund, og at det er en behandling, som aldrig slutter. Denne erkendelse og accept af livslang behandling er i modstrid med Kocas et al's (2015: 139) fund, hvor en meget stor del af de tyrkiske statinbrugere ikke var klar over, at det at tage statiner var en kontinuerlig behandling, der ikke burde afbrydes. Da den tyrkiske undersøgelse er baseret på en kvantitativ tilgang og er yderst spinkel i sit materiale, og denne afhandlings datamateriale er af kvalitativ karakter, er det ikke muligt at sammenligne de to resultater. Blot kan det konstateres, at fundene er modstridende.

Til gengæld er der en næsten konsensus blandt informanterne om, at det er et krav, at man skal være sund.

Der er jo hele tiden temaer oppe om sundhed og dyrk motion og spis ordentligt – seks om dagen og alle de her ting, ikke, som man jo hele tiden bliver bombarderet med. Og lad vær med ditten og gør datten og så videre, ikke

(Lene bilag G: 4)

Adspurgt hvem, der står bag dette "bombardement", er svaret, at medierne blot er budbringere for staten eller samfundet, som Vivi udtrykker det:

Det er samfundets krav, som kommer ind der og banker os sønder og sammen – at vi skal ud og løbe, vi skal ud og sporte, og hvad vi nu ellers skal, i fitnesscenter og sådan og sådan og sådan. Alle kan ikke det – vi er ikke ens! Og hvor ville det være kedeligt, hvis vi alle sammen var det! Jamen det er samfundet. Og som de siger, de sparer i den anden ende på hospitalsindlæggelser og medicinsk behandling og sådan noget.

(Vivan bilag G: 3)

Og spurgt, om han også har den opfattelse, at staten dikterer et bestemt sundhedssyn, siger Lennart:

Jo, men det er da rigtigt nok, at – det er jo tit, der kommer nogle emner op, som ministrene blandt andet taler om, at nu bør vi gøre sådan og sådan, eller at de vil indføre regler for rygning for eksempel, som gør, at det griber ind i folks hverdag, ikke? At der må gøres noget, sådan så vi kan formindske samfundets udgifter til sygehusvæsenet. Ja, at det skal blive billigere, og det er da også smart nok. Vi bliver sundere, og staten formindsker udgifterne til sygehusvæsenet

(Lennart bilag F: 4)

Ghita er enig, om end hun er lidt mere kritisk:

Der er i stigende grad et pres fra samfundet til den enkelte om, at man skal tage større ansvar for sin egen sundhed, det tror jeg, vi alle sammen føler i vores alder. Ja, fordi det er kassetænkning, det er et spørgsmål om kroner og øre.

(Ghita bilag H: 4)

Mens Steffens betragtning handler meget om individet som produktionsenhed:

Altså på arbejdsmarkedet bliver man nødt til at være sund for at kunne klare sig. Det er jo noget af det samme, du siger. Så sådan er det jo. Kan du ikke gå eller stå, så kan du ikke bruges.

(Steffen bilag H: 3)

Endelig siger Karsten opsummerende:

Ja, men det handler om, at – altså jo friskere vi er, jo sundere vi er, jo billigere er vi for hospitalsvæsenet, og det er jo en af de største udgifter, vi har herhjemme, ikke? Så jeg tror også, at der er kassetænkning i det. Men forhåbentligt også gode intentioner bagved.

(Karsten bilag H: 4)

Der var i alle interview på nær interviewet med Inger og Karl enighed om, at der fra statens side var et overordnet krav om, at individet skal være sundt, og at det er ens eget ansvar at være sund. Denne beskrivelse af sundhed i relation til, at staten forsøger at styre befolkningens adfærd, er typisk i en dansk sammenhæng (Vallgård 2002: 84). Her er det ikke borgeren, men statens overlevelse, der er målet, og det skal opnås via en generel sundhed i samfundet med borgerne som middel. De fleste informanter giver udtryk for, at sundhed ikke er et tilbud, men en pligt, som vi ifølge Lene og Vivi "bliver bombarderet" og "banket sønder og sammen med". Hos mange af informanterne opleves det, som Nielsen (2015: 1) påpeger, at der er et påbud om at være sund, og at det er den enkeltes ansvar at leve op til dette påbud. Steffens udtalelse om, at du ikke kan bruges, hvis du ikke er sund, er desuden i overensstemmelse med formuleringerne i Indenrigs- og Sundhedsministeriets betænkning *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt* fra 2007, hvor det at være overvægtig, som Steffen selv er, medfører, at opstillede produktivitsnormer ikke bliver opfyldt, med et mer-tab til følge.

Den neoliberale tilgang, hvor individet selv er ansvarlig for egen sundhed, er den eneste formulerede blandt informanterne. Det stigende pres på individet for at tage ansvar for egen sundhed, som Gitte omtaler, er trods skiftende regeringer normen snarere end undtagelsen og skyldes ikke mindst det øgede udgiftspres på hospitalsvæsenet, som informanterne også taler om. Karsten synes dog at være mere mild i sin dom, idet han påpeger de gode intentioner, som ligger bag dette sundhedspres, og som blandt andet ses i regeringens udspil fra 2014 *Sundere liv for alle*. Det indeholder formuleringer om at støtte mennesker i deres forsøg på at leve sundere, hvis de har lyst og viljen. Der er dog igen tvivl om, at informanterne gennemgående ikke har oplevelsen af, at der er nogen gode viljer eller intentioner bag politikernes krav om sundhed.

Som nævnt er det kun Inger og Karl, der ikke har denne oplevelse af det politiske pres om at skulle være sund. Spurgt om de har oplevet det som et krav, at de skulle være sunde, svarer de:

Inger: *Næ, nej, det – jeg har ikke.*

Karl: *Jeg ved ikke rigtigt, altså lidt. Der er jo medierne, de er gode til at pege fingre af dem, der ikke er sunde efter deres mening, ikke?*

(Inger og Karl bilag I: 4)

Som den eneste mener Karl, at det er medierne, der pålægger borgerne et krav om sundhed, mens Inger er den eneste, der ikke føler noget pres omkring det at skulle være sund. Ingers oplevelse skal ses i lyset af, at hun ikke er orienteret mod sundhed, mens Karls udtalelse passer godt i forhold til hans oplevelse af at blive provokeret over gentagne løftede pegefingre i medierne.

Endelig blev informanterne spurgt, om de ville anbefale andre at tage statiner. De fleste henviste til, at den praktiserende læge havde ansvaret for den beslutning, men generelt var der dog ingen, der ville anbefale statiner. Følgende meningsudveksling mellem Ole, Leo og Lennart opsummerer i sin enkelthed meget fornemt de fleste statinbrugeres opfattelse af det at tage statiner.

Ole: *Det er nok bedst at lade være.*

Leo: *Det er ikke godt, men det er nødvendigt.*

Lennart: *Ja, helt enig, det er ikke godt, med mindre det er nødvendigt.*

Leo: *Ja, men det er nødvendigt for os.*

(Ole, Leo og Lennart bilag F: 23)

6.4.7 Opsummering

Analysen af modtageren som afhængig variabel med udgangspunkt i interviewundersøgelsen viste sig på langt de fleste områder at eftervise de i indholds- og spørgeskemaanalysen fundne problemstillinger. Først og fremmest manifesterede de tre statinframes identificeret i medierne sig i informanternes oplevelsesunivers. Den hyppigst omtalte frame var *statiner som bivirkningsfremkaldende og unødvendig medicin*. Blandt informanterne var denne beskrivelse af mediernes omtale af statiner den, der hyppigst blev beskrevet, hvilket passer med den kvantitative undersøgelses resultater. Lidt færre informanter oplevede, at statiner blev fremet som *forebyggende og nødvendig livsforlængende medicin*, mens en mindre gruppe havde oplevet statiner fremet som *en medicinsk og forskningsmæssig kamplads*. Gyldigheden af dette fund synes underbygget af, at identificeringen af disse frames skete uden, at de blev præsenteret for informanterne, eller at der blev spurgt specifikt ind til de enkelte frames.

Det samme gjorde sig gældende i forhold til mediernes fremstilling af bestemte patientroller, hvor der ligeledes ikke blev spurgt ind til de specifikke fremstillingsformer. *Den medicinske autoritet* blev af mænd relativt oftere end kvinder beskrevet som den foretrukne måde at tilgå forståelsen af egen sundhed på. For denne gruppe af *ekspertpatienter* blev sundhed oftest set som middel til at opnå et godt liv. *Patienten som forbruger* blev derimod oftest italesat af informanter med længere uddannelse, hvor sundhed blev opfattet som et manipulerbart mål. Det lykkedes ikke specifikt at identificere patientrollen *den offentlige sfære*. Der var flere holdningstilkendegivelser, der indikerede, at denne patientrolle var en latent og plausibel tilgang, men det kom ikke til udtryk i anvendelige citater. Det gjorde derimod den patientrolle, der er kendetegnende ved *manglende orientering mod sundhed*. Her var det tydeligt, at denne patientrolle fandt anvendelse blandt de kortest uddannede informanter, og at fravalget af sundhedsstoffet blev taget af hensyn til en emotionel overlevelsessstrategi, da sundhedsstoffet i medierne fremkaldte meget negative følelser hos det enkelte individ.

Internettet blev flittigt brugt af informanterne til informationssøgning og var svarende til de kvantitative resultater det fortrukne søgemedie. Det var det mest belejlige medie at anvende, da dets karakteristika som pull-medie gjorde det anvendeligt i forhold til at imødekomme specifikke og til tider akutte behov for opdatering på sundhedsfeltet. De traditionelle medier blev også anvendt til at orientere sig på sundhedsområdet. Deres grundlæggende push-karakter gjorde, at denne form for indhold blev anvendt mindre fokuseret, og oftest fordi stoffet præsenterede sig selv. Mange informanter anså aviserne for at være deres primære informationskilde, men skulle der søges efter specifikke oplysninger, var nettet det foretrukne.

Der var blandt informanter en vis grad af indsigt i de journalistiske og redaktionelle processer, og konsekvensen af medialiseringens øgede fokus på at imødekomme publikums behov blev flere gange udtrykt, når informanterne påpegede, at mediernes indhold er orienteret i forhold til modtagernes præferencer.

Medierne blev opfattet som en ressource, der i flere tilfælde positivt kunne anvendes, når store livsstilsændrende beslutninger skulle tages. Statiner blev både til- og fravalgt på baggrund af mediernes indhold, hvilket den tidligere beskrevne medie- og statinforskning også har fastslået. Mediernes indhold var med til at bekræfte allerede eksisterende værdier, og disse valg blev ofte truffet på baggrund af, om informanterne er bivirkningsramte eller ej. De mere negative sider af medierne som ressource var en opfattelse af medierne som værende utroværdige. Det skete oftest, når allerede eksisterende værdier blev

udfordret af holdningsmæssigt modsatrettet information i medierne. Mediernes sundhedsindhold bliver på denne vis polariseret i forhold til anvendeligheden for den enkelte statinbruger.

Den primære grund til, at mediernes troværdighed blev problematiseret, var den udbredte inter- og intratekstuelle budskabsdiskrepans, som også blev identificeret i indholdsanalysen. De modsatrettede oplysninger i medierne resulterede blandt andet, i at hovedparten af informanterne oplevede, at de blev forvirrede, og omkring halvdelen blev utrygge ved mediernes sundhedsindhold. Dette fund stemmer fint overens med de kvantitative resultater. Der var en tendens til, at forvirringen og utrygheden var størst blandt de kortest uddannede. Utrygheden manifesterede sig blandt enkelte informanter direkte som angst for at søge information.

For mange af informanterne var brugen af statiner en fast del af deres livsstil, og de tænkte ikke over, at de tog statiner på daglig basis, eller at behandlingen var livsvarig. Statiner indgik som en del af en samlet risikopakke, som omfatter sundhed og herunder også statiner. Livsstilsændringer og statiner blev vurderet i forhold til, om de udgjorde en risiko for det gode liv og omfanget af bivirkninger. Det blev ofte sat i relation til, hvor stor en risiko hjerte-kar-sygdomme udgjorde. Pakkerne af risici var individuelt funderede og blev vurderet på baggrund af personlige værdier.

Samlet synes der med den i indledningen introducerede teoridannelse om medieeffekt in mente (bl.a. Waldahl, McQuail, Bruhn Jensen samt Guldbrandsen og Just) at være en sammenhæng mellem mediernes indhold og statinbrugernes hverdagsliv. Således tegner der sig på makroplan et billede af, at statinbrugere overordnet bliver kognitivt, affektivt og adfærdsmæssigt påvirket af medierne. Der er dog tale om, at påvirkningen på individniveau er stærkt varieret i relation til de i indledningen opridsede personlige filterbetingelser. Således spiller demografi, livsstil og interesse sammen med søgeaktivitet, mediepræferencer og deraf følgende selektive eksponering en afgørende rolle for den individuelle mediepåvirkning i et kognitivt spænd mellem ingen og stor indsigt, et følelsesmæssigt kontinuum mellem ligegyldighed og dødsangst samt en pendulering mellem adfærdsmæssig laden stå til og aktive livsstilsændringer. Anskuet probabilistisk synes der således på makroplan at være en sammenhæng mellem filterbetingelser og medieeffekt. Denne afhandling vil derfor afslutningsvis diskutere disse sammenhænge set i lyset af den i løbet af værket gennemgåede teori for på den vis at introducere læseren for en mulig perspektivering i form af en empirisk underbygget tredelt mediebaseret adressering af statinbrugere på baggrund af en række tværgående filterbetingelser identificeret i løbet af afhandlingens analyser. Afslutningen på dette projekt vil således være en teoretisk perspektivering med det formål at sandsynliggøre en kategorisering af statinbrugere på baggrund af demografi og livsstil.

7. Konklusion og perspektivering

Afhandlingens formål var at bidrage til en teoretisk og empirisk uddybelse af forståelsen af samspillet mellem fremstillingen af statiner i medierne og statinbrugernes opfattelse af denne fremstilling.

Afhandlingen har i de foregående kapitler forsøgt at efterleve denne målsætning ved anvendelse af en lang række teoretiske og empiriske analyser. Afhandlingens pendulering mellem samfunds- og individniveau har desuden medvirket til at påvise mediernes betydning for statinbrugernes personlige identitetsarbejde i forbindelse med egen diagnose.

I relation til framing-teorien er det lykkedes at foretage en omfangsrig og veldokumenteret analyse af medier og statiner, samtidig med at forskningsprojektet som det første formår at favne medier og modtager som både afhængig og uafhængig variabel. Afhandlingen har således ved anvendelse af framing-teorien som strukturerende tilgang medvirket til at underbygge dennes analytiske potentiale.

Dette afsluttende kapitel vil derfor være en gennemgang af afhandlingens vigtigste empiriske og teoretiske pointer, en implementering af tre idealtyper samt en afsluttende diskussion introduceret i følgende rækkefølge:

- **De metodiske tilgange og dertil knyttede resultater**
 - Indholdsanalyse
 - Spørgeskemaundersøgelse
 - Interviewundersøgelse
- **De vigtigste fund**
 - Appliceringen af sundhed som mål og middel på livsstil set i relation til medieskabte patientroller
 - Identificering af inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans
 - Forskningsmæssig uenighed og identificering af statinframes
 - Medieindhold som afgørende for adherenceniveau
 - Polariseret medieindhold
- **Teoretisk perspektivering**
 - Beck og Giddens – grænseværdier og risiko
 - Hjarvard og Kristensen – medialisering
 - Briggs og Hallin – biomedialisering
 - Bourdieu, Dahl og Otto – livsstil og sundhed
- **Tre idealtyper**
 - Præsentation af en empirisk funderet kategorisering af statinbrugerne
- **Afsluttende bemærkninger**
 - Manglende empiri
 - Fremtidige forskningsmuligheder.

7.1 Metodiske tilgange og dertil knyttede resultater

For at skabe grobund for en empirisk tilgang blev der indledningsvis opstillet en teoretisk ramme for sundhed for derigennem at redegøre for afhandlingens kontekst. Sigtet var en operationalisering af begrebet, så det kunne finde anvendelse i de efterfølgende analyser på bl.a. et overordnede strukturelt samfundsmæssigt plan samt mere primært på konkrete individbaserede problemstillinger. Der blev desuden foretaget en applicering af sundhed som mål og middel i en dansk livsstilsteoretisk sammenhæng

for på den vis at konkretisere brugen og anvendeligheden af de to forståelser af sundhed. Forståelsen af sundhed og livsstils betydning på individniveau blev yderligere specificeret i kapitlet om statiner bl.a. via en indføring i den hidtidige forskning på det samlede statin og mediefelt. For at tilføre indholdsanalysen yderligere teoretisk ballast blev mediernes praksis og deraf følgende betydning for hele sundhedsfeltet afslutningsvis kvalificeret.

Den kvantitative indholdsanalyse var i forhold til framing-teorien orienteret mod at undersøge medierne som uafhængig variabel. Her blev det demonstreret, at indholdet i de udvalgte medier: BT, Politiken, Femina samt Ude og Hjemme alle beskæftiger sig indgående med statiner med undtagelse af Femina. Generelt er eksperter efterfulgt af forskningsbaserede artikler de oftest anvendte kilder. Det er de statinpositive eksperter og forskere, der udgør den altdominerende andel af kilderne, mens de antalsmæssigt underrepræsenterede privatpersoner, der optræder i samplet, oftere er mere statinskeptiske.

Indholdet af de udvalgte medier er domineret af den *medicinske autoritet*, mens *patienten som forbruger* udgør en mindre del. Endelig forekommer patientrollen den *offentlige sfære* i færrest artikler og kun i BT og Politiken. Der er en klar sammenhæng mellem de udvalgte medier og den foretrukne måde, de hver især vælger at adressere deres læsere på. Der er en klar sammenhæng mellem læsersegment og udbredelsen af patientroller i de enkelte medier.

Den kvalitative indholdsanalyse tilgår medierne som en uafhængig variabel og påviser, at de udvalgte medier meget bevidst vinkler indhold og sproglig adressering i forhold til deres publikum. Der ses en klar styring af indholdet i forhold til læsernes segmenttilhørsforhold, værdier og livsstil. Der er en tydelig tendens til, at indholdet i alle medierne på sundheds- og statinfeltet både internt og eksternt er selvmodsigende og inkonsistent. Samlet lider alle medierne i samplet i udpræget grad under en inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans.

Denne konklusion underbygges af, at den gennemgående framing af statiner er tredelt. Den dominerende og oftest forekommende frame er *statiner som forbyggende og nødvendig livsforlængende medicin*, mens de konkurrerende frames *statiner som bivirkningsfremkaldende og unødvendig medicin* samt *statiner som en medicinsk og forskningsmæssig kamplads* optræder mindre hyppigt.

Spørgeskemaanalysen tilgår modtageren som en afhængig variabel. Her identificeres de sociodemografiske variable køn, alder og uddannelse som værende afgørende for andelen af statinbrugere og brugen af medier. Internettet er det mest anvendte søgemedie. Aviser er det næstmest anvendte, men markant mindre populære søgemedie.

Statinbrugerne under ét har en højere søgeaktivitet i medierne end den generelle befolkning. Måske af den grund identificerer de oftere korrekt, at statiner bliver fremmet både negativt og positivt i medierne. Statinbrugerne mener også markant oftere end resten af populationen, at statiner bliver fremstillet negativt i medierne. Meget taler for at de af samme grund føler sig mere forvirrede og utrygge over medieindholdet.

Mediernes indhold er på denne vis polariseret. De er både en ressource, der giver mulighed for indsigt, og en kilde til uro og usikkerhed.

Det at få konstateret forhøjet kolesterol kan betegnes som et *skæbnesvangert øjeblik* og udløser øget søgeaktivitet i medierne.

I interviewundersøgelsen opfattes modtageren som både en afhængig og uafhængig variabel i relation til den strukturerende framing-teori. Statinbrugerne identificerer oftest den negative framing af statiner som bivirkningsfremkaldende, mens den positive framing af statiner som livsnødvendig medicin er mindre hyppigt identificeret. Framing af statiner som medicinsk kamplads identificeres sjældent. De frames og det medieindhold, der er mest konsistent med individuelle værdier, er de mest foretrukne læsninger.

Patientrollerne *den medicinske autoritet, patienten som forbruger og manglende orientering mod sundhed* er fremherskende og er tydeligt influeret af uddannelse, værdier, segmenttilhørsforhold, søgevaner og generelt mediebrug. Internettet er det foretrukne søgemedium, men de traditionelle mediers indhold granskes også for statinindhold.

Den udbredte tendens til inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans og medierne som ressource og kilde til uro og usikkerhed identificeres i lighed med følelsen af forvirring og utryghed.

Tilstedeværelsen af bivirkninger eller fraværet af samme er sammen med mediernes indhold afgørende for den enkelte statinbrugers adherenceniveau. Risikoen for hjerte-kar-sygdomme vejes for og imod risikoen for bivirkninger og bliver ofte i risikopakker sammenholdt med oplysninger fra medierne.

Der er en udbredt opfattelse af, at sundhed er et påbud, som politikerne, staten og samfundet pålægger det enkelte individ af økonomiske og produktionsmæssige årsager.

De primære og mest markante konklusioner på afhandlingens analyser fremgår af nedenstående oversigt.

7.2 De vigtigste fund

Appliceringen af sundhed som mål og middel på livsstil set i relation til medieskabte patientroller

Inddragelse af sundhed som mål eller middel har vist sig at være frugtbar i en sammenstilling med anskuelser af holdninger og værdier identificeret i et livsstilsanalytisk perspektiv. Teoretisk set er det tydeligt, at en lang række værdier for sundhed som middel harmonerer med værdier på sundhedsområdet, som har direkte forbindelse de vestlige segmenter langs den individorienterede akse i Gallup Kompas. Her er tiltroen til den kliniske medicin og opfattelsen af kroppen som et instrument, der kan repareres af professionelle, fremherskende.

De empiriske fund understøtter sammen med teorien desuden en række andre læsninger. Den holistiske opfattelse af sundhed som middel er meget udtalt langs den fællesskabsorienterede østlige akse. Her er sundhed en fuldt integreret del af livet. Sundhed som mål opfattes af den moderne del af den østlige vektor som manipulerbart og noget, man selv er herre over. Man forsøger først at lægge sin livsstil om, før man tyr til en medicinsk løsning. Her er *patienten som forbruger* den fremherskende patientrolle. Den sydlige del af den østlige vektor blandt de traditionelle fællesskabsorienterede ser sundhed som noget ikke-manipulerbart, som ligger uden for individet f.eks. det at være uheldigt genetisk disponeret. Det er blandt denne del af informanterne, at patientrollen *den medicinske autoritet* er fremherskende. Langs den sydvestlige traditionelle vektor tænkes eller leves der ikke sundt. Tanker om sundhed er helt fraværende, og sundhedsindholdet i medierne er angstfremkaldende eller irriterende. Det er her, vi finder patientrollen *manglende orientering mod sundhed*.

Ud over en frugtbar applicering synes det yderligere lykkedes at sandsynliggøre relationen mellem to af de medieskabte patientroller i forhold til netop livsstil og sundhed.

Identificering af inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans

Afhandlingen har vist, at der i mediernes sundheds- og statinindhold hersker en udbredt tendens til inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans. Indholdsanalysen påviste manglen på konsistens, og de efterfølgende kvantitative og kvalitative analyser underbyggede, at det selvmodsigende og cirkulære medieindhold var med til skabe forvirring og utryghed. Særligt blandt statinbrugerne var disse følelser meget udbredte.

Forskningsmæssig uenighed og identificering af statinframes

Den teoretiske redegørelse for statinfeltet påviser, at feltet er en forskningsmæssig kamplads og en arena for lægelig uenighed. Afhandlingen sandsynliggør, at denne uenighed er en naturlig del af udviklingen på det medicinske felt i det moderne risikosamfund, og at det aftvinger individet en højere grad af refleksiv tilgang til egen tilværelse. Teoriafsnittet viste, at den medicinske viden og uenighed ikke kun er forbeholdt forskerne, men tilflyder lægfolk via medierne. Derfor var det også muligt at identificere tre forskellige frames, som oftest bruges i medierne til beskrivelsen af statiner. Statiner som livsnødvendige, bivirkningsfremkaldende eller som medicinsk kamplads. Disse tre forskellige frames blev først latent

observeret i spørgeskemaet og siden manifest i interviewundersøgelsen. De tre frames er sandsynligvis en af de primære årsager til, at statinbrugerne giver udtryk for forvirring og utryghed. Det paradoksale er, at den forskningsverden, der skal afhjælpe statinbrugernes medicinske problem, er med til at skabe et nyt næsten eksistentielistisk problem, hvor valget kan stå mellem et muligt længere liv med bivirkninger eller et kortere uden. Flere af informanterne havde været tvunget til at foretaget et valg mellem disse onder og syntes ikke afklarede.

Medieindhold som afgørende for adherenceniveau

Litteraturreviewet påviste, at valget for eller imod statiner ofte er influeret af mediernes indhold. Der hvor afhandlingen tilføjer ny viden på dette område, er, at den som den første undersøgelse kvalificerer denne viden. Her spiller den metodiske kombination af den kvantitative og kvalitative tilgang en afgørende rolle. De tidligere tilgange til undersøgelsesfeltet har udelukkende anvendt kvantitative metoder.

Spørgeskemaundersøgelsen påviste, at statinbrugerne oftere end den generelle befolkning fulgte mediernes råd. Interviewundersøgelsen fandt samtidig, at bivirkninger eller mangel på samme spillede en afgørende rolle for, hvilke råd i medierne der blev fulgt. Det var tydeligt, at en negativ bivirknings-framing sammen med en aktuell oplevelse af bivirkninger medførte et ophør med statinbehandlingen. Omvendt medførte den positive livsnødvendige framing, at en statinbehandling blev initialiseret. Endelig påviser afhandlingen, at medieindhold kan være konstituerende og forstærkende for allerede eksisterende beslutninger. Således er det generelt råd, der i forvejen er konsistente med eksisterende værdier, der implementeres.

Polariseret medieindhold

Mediernes indhold bliver ud over at være en afgørende faktor for adherenceniveauet samtidig opfattet som både en ressource og en kilde til usikkerhed og uro. Afhandlingens kvantitative resultater viser, at jo oftere medierne konsulteres, jo oftere medfører det en følelse af forvirring og utryghed. Korrekt afkodning af mediernes indhold vokser også i takt med øget søgeaktivitet. De kvalitative resultater viser samtidig, at medierne bidrager med supplerende information om statinbehandling og korrekt omgang med medicinen i tilfælde, hvor oplysninger fra den praktiserende læge er mangelfulde. Omvendt kan medieindholdet være direkte angstfremkaldende og være med til at skabe vrede og irritation. Det er meget ofte blandt individer, der er udfordret i forhold til tydning af mediernes budskaber, at medieindhold skaber usikkerhed.

7.3 Teoretisk perspektivering

Efter således at have identificeret og beskrevet de vigtigste fund, vil en refleksion over disse blive sat i forhold til de for værket vigtigste teoridannelser.

Beck og Giddens – grænseværdier og risiko

Grænseværdier er, som Beck (2002: 79) udtrykker det, et politisk figenblad, der signalerer, at nogen gør sig umage og passer på befolkningen. Problemet opstår imidlertid, når de eksperter, som er udvalgte til at videreformidle rationalet bag grænseværdierne, ikke på tilstrækkelig vis og i et forståeligt sprog kan forklare, hvorfor det er nødvendigt at efterleve de i relation til grænseværdierne udskrevne anbefalinger. Flere af statinbrugerne udtrykker klart frustration over den medicin, de får ordineret, og stiller spørgsmålstejn ved rationalet bag. Når lægen siger, at: "Sådan er det bare", så er det ikke et brugbart argument, og derfor bliver medierne et rationelt alternativ til de ordknappe og ofte forvirrede repræsentanter for sundhedssystemet. Borgeren ledes, som Beck (2002: 78) skriver, på denne vis ud i rollen som ekspert, hvilket i dette projekt betyder, at statinbrugeren indtræder i rollen som ekspertpatient. Her må det være paradoksalt at erfare, at henimod 80% af alle voksne danskere ligger over grænseværdierne i forhold til en initiering af en præventiv statinbehandling. Tallet forekommer absurd og efterlader undren og manglende rum for hensyntagen til personlig diversitet. Hvordan skal det enkelte individ kunne forholde sig rationelt til budskabet om, at kolesterolkoncentrationen i hans eller hendes blod ligger på over 5 mmol/L? Tallet i sig selv siger for langt den overvejende del af befolkning absolut ingenting. Statinbrugerne bliver af mangel på lægelig information derfor implicit medbestemmende for egen behandling, og her afhænger valget mellem adherence og non-adherence af kulturelle og personlige forestillinger om det gode liv opvejet i forhold til risiko.

Risiko er altså et centralt begreb, når statinbrugerne til- eller fravælger behandling. Her er det, som Giddens (1996: 144) bemærker, igen eksperterne, der udarbejder de risikoprofiler, som befolkningen forholder sig til, og som de kun har en skitseagtig viden om. Stillingtagen til risiko foretaget på baggrund af en skitseagtigt indsigte, som Giddens (1996: 159) beskriver det, betyder, at mange sammenstykker risikopakker for at skabe en samlet sundhedsfortælling. Langt den overvejende del af statinbrugerne havde deres egne sundhedsfortællinger, som var sammensat af forskellige risikoafvejninger. Her var det ofte sådan, at der blev vejet for og imod bestemte sundhedsmæssige valg. Nogle af de tidligere statinpatienter mente ikke, at deres bivirkninger stod mål med, at de måske kun kunne leve ét år længere og forsøgte i stedet at leve mere fedtfattigt. Andre tilvalgte statinerne for på den vis at kunne fortsætte med at spise store bøffer med masser af sovs. Andre igen havde lagt kosten om og fortsatte med at tage statiner trods bivirkninger. Kombinationen af risikoafvejninger er uendelige og fra en empirisk synsvinkel næsten uoverskuelig.

En uoverskuelighed, som synes at have ramt den mere fatalistisk anlagte del af befolkningen. Giddens (1996: 156) påpeger, at denne befolkningsgruppe undlader at tage stilling til risiko, da de ikke anser det for muligt at ændre skæbnen. Det betyder i praksis, at statinbrugere inden for dette segment bevidst undgår at skulle tage stilling og fravælger at gå til lægen eller helt undgår de medier, der aftvinger dem refleksion over egen sundhed.

Det er en nærliggende tanke ikke at optræde som sundhedsapostel over for denne gruppe af statinbrugere og respektere dette aktive valg. Dilemmaet opstår imidlertid, når det kan konstateres, at den fatalistiske tilgang til sundhed ofte beror på sociodemografiske karakteristika. I indeværende interviewundersøgelse er det to af de informanter med kortest uddannelse, der bevidst undgår sundhedsoplysninger og sammenkæder et sundt liv med en god cigar og et godt grin. Det er, som Giddens (1996: 144) bemærker, oftest de længst uddannede, der nemmest tilegner sig ny viden omkring sundhedstiltag, samtidig med at denne undersøgelse viser, at det er de socialt mest udsatte, der sundhedsmæssigt oplever at være mest udfordret. Der er med andre ord ofte en social årsag til det aktive valg om ikke at orientere sig imod sundhed. Så selvom eksperterne, som Giddens (1996: 144) påpeger, fremstiller materiale med udgangspunkt i forskellige risikoprofiler, så når de ikke denne del af publikum. Og hvis risikobudskaberne

modsat forventning når den fatalistiske del af befolkningen, så medfører den voksende medialisering, at de medier, som denne del af befolkningen orienterer sig i forhold til, omgås denne sundhedsinformation temmelig lemfældigt.

Hjarvard og Kristensen – medialisering

Hjarvard (2009: 14) nævner, at det må komme an på en specifik analyse af det konkrete felt at afgøre, om feltet primært bliver påvirket negativt eller positivt i forhold til den stadig voksende medialisering. Indeværende projekt må med en vis rimelighed kunne anskues som en analyse af sundhedsfeltet og mere specifikt af statinfeltet, hvorfor det på baggrund af dets resultater må muligt at afgøre medialiseringens påvirkningsforhold på disse felter. Svaret synes at være, at medialiseringen overvejende har haft en negativ konsekvens. Det skyldes ikke mindst, som Kristensen og From (2012: 28) forklarer, at livsstilsstof og herunder sundhedsinformation er blevet en måde, hvorpå de enkelte medier kan profilere sig selv. Sundhed er, som bemærket af Christensen (2013: 108-109), gået fra at være oplysende til at være underholdende på lige vilkår med andet livsstilsstof. Det skyldes, at medialiseringens har medvirket til, at de trykte medier har foretaget springet fra omnibusavis til segmentpresse og dermed har fortsat en bevægelse væk fra public service-forpligtelser og oplysning hen imod at underholde for derved at tiltrække og fastholde publikum. Flere af statinbrugerne har bemærket denne tendens til at ønske at underholde og finder det stærkt problematisk, at aviserne skriver det, der underholder, og ikke det, der er relevant for dem som aktive samfundsborgere. Der er samtidig en resignerende accept af denne tendens, idet statinbrugerne udtrykker forståelse for, at ønsket om at øge salget står øverst på mediernes dagsorden. Hjarvard (2009: 18) noterer således, at medierne koncentrerer sig om deres egen virksomhed, og at de dermed giver sig selv forrang frem for samfundets andre institutioner, herunder også landets sundhedsinstitutioner.

Når medierne på den måde benytter sundhedsstoffet i underholdningsøjemed og vælger at publicere enkeltstående sensationelle fund frem for klinisk efterprøvede forskningsresultater med rod i årelange studier, kommer de spektakulære fund til at fremstå med samme vægt for borgerne og statinbrugerne. Jagten på oplagstal undergraver sundhedsfeltets autonome pol, da medierne ligestiller sensationelle fund med fastlagte sandheder og dermed bidrager til at udvide modtagerens horisont med ofte irrelevante oplysninger. Et godt eksempel er BT's artikel⁷⁴ om statiners bivirkning. Her forklares det, at en af bivirkningerne er rhabdomyolyse, og at det kan medføre dødsfald. Med kun ét dokumenteret dødstilfælde forårsaget af rhabdomyolyse set i forhold til samtlige statinbrugere gennem tiderne synes denne oplysning at være yderst irrelevant, men formentlig nok til, at den enkelte statinbruger vil kunne afkræve sin praktiserende læge en forklaring. Som Christensen (2013: 106-107) skriver, vil en sådan viden stille spørgsmålstejn ved lægevidenskabens ekspertise og hele institutionen som sådan.

Vægtning af stoffets saglige indhold for og imod bliver derfor overladt til statinbrugerne selv, hvilket fremkalder frustration hos flere af informanterne i interviewundersøgelsen. Her er internettet som det mest populære søgeredskab ikke mindre uoverskueligt og kræver qua sine autonome karakteristika en endnu større indsigt i, hvad der er sagligt eller ej. Som Wright (2009: 65) skriver, er nettet og de enkelte sites svære at afgøre troværdigheden af. Noget som også informanterne også har bemærket, hvorfor enkelte statinbrugere også mener, at sundhedsinformation på nettet burde forbydes.

Det mest paradoksale er imidlertid, at medier med en lang publicistisk tradition i denne undersøgelse oftest bringer sensationelle eller tvivlsomme oplysninger. BT og Femina er modsat Politiken og Ude og Hjemme ikke blege for at bringe misvisende eller kontroversielle sundhedsoplysninger.

Det skyldes ikke mindst, at BT og Femina med deres status som løssalgsmidler og en kernemålgruppe, der afkræver dem et vist niveau af sensation og underholdning, er nødt til at vinkle deres sundhedsstof efter dette behov. Derfor ansætter man helt i tråd med den anden store bevægelse inden for sundhedsfeltet – biomedialiseringen – en lang række lægfolk eller sundhedsprofessionelle med kontroversielle holdninger, som på den vis er bedre til at profilere mediet end til at kurere læserne. Men på trods af denne

⁷⁴ Artiklen: *De værste bivirkninger* bragt d. 2/12 2012 i BT

konstatering er biomedialiseringen ikke nødvendigvis i samme grad som medialiseringen med til at påvirke udviklingen på sundhedsfeltet i en negativ retning.

Briggs og Hallin – biomedialisering

Hvor medialiseringen påvirker sundhedsfeltets autonome pol, så påvirker medikaliseringen også mediefeltets ditto, når medicinske eksperter bliver ansat og anvendes inden for nyhedsjournalistikken. Ikke kun som kilder, men også som selvstændige redaktører og skribenter. Briggs og Hallin (2016: 12) fremhæver, at denne bevægelse allerede er et udbredt fænomen. I en dansk optik er Bente Klarlund Pedersen selv redaktør af sin brevkasse, og med sin ekspertise som professor på det medicinske felt bedriver hun saglig medicinsk rådgivning af Politikens læsere. Sammen med Ude og Hjemmes prangende panel af lægelig ekspertise fremstår hun som klare eksempler på, hvordan moderne sundhedsformidling kan være både nærværende, relevant og på samme tid servicere læserne. En stor del af statinbrugerne nævner uopfordret Bente Klarlund Pedersen og Peter Qvortrup Geisling som troværdige sundhedsrepræsentanter. Dette samarbejde mellem medie- og sundhedsprofessionelle mener Briggs og Hallin (2016: 207) er indbegrebet af biomedialisering, som er kendetegnet ved sit hybride format med et ben i begge professionelle lejre. De forklarer, hvordan samarbejdet ikke kun foregår på redaktionerne i de trykte medier, men at biomedialiseringen også vinder frem på internettet (Briggs og Hallin 2016: 12). Et godt eksempel er NetDoktor.dk, som af statinbrugerne bliver omtalt i positive vendinger for troværdighed og objektivitet, og som måske derfor er det hyppigst benyttede internetsite til sundhedssøgning. Denne tendens til at opsøge informative og kvalificerede oplysninger er, ikke mindst set i lyset af biomedialiseringens sammenvævning af sundheds og medieprofessionelle, med til at frembringe den ressource, som medierne, til trods for den ovenfor fremførte problematisering, viser sig at være for langt den største del af undersøgelsespopulationen. Det er vigtigt at understrege, at medierne oftest fremstår som en positiv ressource blandt både informanter og respondenter i indeværende projekt. Denne vinkel er dog i denne afsluttende og diskuterende optik mindre interessant og vil derfor ikke blive uddybet nærmere. Briggs og Hallin (2016: 11) omtaler desuden, at den modsatte tendens til, at medie- og kommunikationsfolk hjælper sundhedsprofessionelle med at tilrettelægge deres information, således at adgangen til modtageren lettes. Et godt eksempel er den avis, som LIFESTAT-projektet udmundede i. Der var her tale om en journalistisk bearbejdet opsummering af de forskningsresultater, som projektet havde genereret. Forskerne leverede i samarbejde med journalisterne et læsbart produkt, som var adresseret til kommende eller nuværende statinbrugere. Avisen kunne gratis tages med hjem i forbindelse med konsultation hos en praktiserende læge.

Den modsatte retning væk fra biomedialisering og over mod medialisering ses derimod hos BT og Femina, hvor langt de fleste af skribenterne, som omtalt ovenfor, er novicer på det medicinske område og alligevel adresserer læseren som passiv modtager af autoritative "råd". Briggs og Hallin (2016: 25) omtaler, at dette er den mest normale adressering, men som denne afhandling viser, så har adresseringen en social slagside. Det er oftest de kortest uddannede og sundhedsmæssigt mest udfordrede, der orienterer sig imod medier, der benytter et autoritært modus, der som beskrevet ovenfor ofte er sammenfaldende med ønsket om at underholde og fastholde læseren. Det er således et paradoks, at de individer, der har mest brug for veldokumenterede og korrekte sundhedsoplysninger, er dem, der qua deres medievalg probabilistisk set har mindst sandsynlighed for at blive eksponeret for disse oplysninger. I et mediehav af underholdende og tabloide formater som Femina og BT kommer Ude og Hjemme til at fremstå som et informativt sundhedsfyrtårn, der synes langt mere bevidste om deres rolle som sundhedsplatform end gennemsnittet af de medier, der generelt faldbyder sig for de traditionelle segmenter.

Det vil nok være et urealistisk bud at forsøge at omlægge de sundhedsudfordredes medievaner, men lad det være et fromt håb, at biomedialiseringens inertie vil befordre yderligere samarbejde mellem sundheds- og informationsspecialister og på den vis vinde indpas på redaktionerne i de mere traditionelt orienterede medier. I modsat fald vil det være fristende at omskrive Statens Husholdningsråds berømte kampagneråd fra 1986 til: "Du blir' hvad du læser".

Bourdieu, Dahl og Otto – livsstil og sundhed

Denne omskrivning er imidlertid ikke helt ved siden af den forståelse for livsstil og sundhed, som Bourdieu, Dahl og Otto tilsammen er repræsentanter for i denne afhandling. Formuleret i deres optik er der med baggrund i dette værk belæg for at tro, at der er en sammenhæng mellem individets medierelaterede habitus og sundhedsmæssige livsstil. Der synes med appliceringen af Ottos sundhedsbegreber i samspil med Bourdieu og Dahls ditto at være belæg for at mene, at specielt de individer, der orienterer sig imod sundhed som ikke-manipulerbart mål eller sundhed som hverken middel eller mål, fortsat vil være udfordret i forhold til deres sundhedsmæssige livsstil. Modsat gælder det for individer, der orienterer sig mod sundhed som middel eller manipulerbart mål, at de langt oftere er vidende om egne og familiens sundhedsbehov og afstemmer disse under hensyntagen til tidens nye eller traditionelle sundhedsråd. De undgår derved hyppigere at blive ofre for den epidemi af fedme og livsstilssygdomme, som synes at være en naturlig del af det moderne liv. Dahl (1996: 10) beskriver med udgangspunkt i Bourdieu, at Danmark i lighed med andre vestlige lande er et stratificeret og på den klassiske måde et klassesdelt samfund. Set i sammenhæng med Ottos sundhedsoptik er det nærliggende at konstatere, at denne stratificering i højeste grad er præsent på sundhedsfeltet.

Sat på spidsen er den sunde overklasse i form af ekspertpatienten naturligt orienteret mod en sund livsstil og benytter uproblematisk medierne til at navigere på hele sundhedsfeltet. Modsat den usunde underklasse, der tiltales af den medicinske autoritet, som ikke orienterer sig imod en sund livsstil og desuden har problemer med at afkode mediernes sundhedsindhold, hvis de da ikke helt bevidst undgår dette indhold. Set i perspektiv vil denne sundhedsmæssige klassesdeling kunne medføre, at statiner over tid bliver en social markør, der signalerer tilhørsforhold til den sundhedsmæssige underklasse.

7.4 Tre idealtyper

For at imødegå denne tendens til yderligere klassesdeling vil denne afhandling foreslå en strategi til en stratificeret adressering af statinbrugerne på baggrund af livsstil, sundhedssyn, patintroller og medievalg. Afhandlingens empiri- og teoriunivers vil på denne vis kunne tjene til en kategorisering af de forskellige statinbrugere, så disse fremstår som mere manifesterede idealtyper identificeret på tværs af metodiske tilgange, specifikke grupperinger og enkeltindivider. Dette gøres for at skabe et afsluttende og opsummerende overblik og er ikke tænkt som en yderligere definering af feltet. Typerne er konstrueret for at understrege, at en fremtidig adressering af statinbrugerne og eventuelt andre patientgrupper vil kunne tilrettelægges efter den viden og de faktuelle parametre, som analyseapparatet accentuerer, og som kategoriseringen identificerer. Den enkelte idealtipe er ikke konstituerende for bestemte individer i datasættene, men er en generel opfattelse af statinbrugerne konstrueret på tværs af individer. Det vil derfor ikke være muligt at identificere enkeltindivider på baggrund af idealtyperne. Idealtyperne er som følger:

Statinbrugerne som idealtyper

Den selvberoende
<ul style="list-style-type: none">• Er oftere en kvinde end en mand.• Tilhører primært de nordøstlige segmenter og har en længere uddannelse.• Ser sundhed som et manipulerbart mål.• Sundhed er en altomfattende og naturlig del af det gode liv, som man selv er ansvarlig for.• Prøver først at lægge livsstilen om før brug af den kliniske medicin.• Læser gerne Politiken og andre morgenaviser.• Har en meget høj søgeaktivitet og benytter gerne alle medier. Medierne er en ressource.• Oplever ingen eller kun lidt forvirring og utryghed over mediernes sundhedsindhold.• Anser medierne for at være fortrinsvis troværdige.• Kan adresseres uden informative forholdsregler.
Den autoritetstro
<ul style="list-style-type: none">• Er oftere en mand end en kvinde.• Tilhører primært de sydøstlige segmenter og har en kortere uddannelse.• Ser sundhed som et ikke-manipulerbart mål.• Sundhed er en altomfattende og naturlig del af det gode liv, som man ikke altid er ansvarlig for.• Forsøger at lægge livsstilen om men må grundet ydre omstændigheder ofte ty til klinisk medicin.• Læser gerne formiddagsaviser og ugeblade.• Har en gennemsnitlig søgeaktivitet. Medierne er både en ressource og en kilde til uro.• Oplever ingen eller kun lidt forvirring og utryghed over mediernes sundhedsindhold.• Anser medierne for at være både troværdige og utroværdige.• Skal adresseres præcist og kortfattet informativt.
Den indifferente
<ul style="list-style-type: none">• Både mænd og kvinder.• Tilhører primært de sydvestlige segmenter og har en faglig uddannelse eller folkeskolen.• Ser ikke sundhed som relevant.• Sundhed er et tilfældigt spil, hvor sygdom rammer, hvis man er uheldig, og man er selv uden ansvar.• Vælger den kliniske medicin frem for at lægge livsstilen om.• Læser sporadisk formiddagsaviser og ser tv.• Har ingen søgeaktivitet og bruger kun medier i underholdningsøjemed.• Oplever utryghed, angst og irritation over mediernes sundhedsindhold.• Anser primært medierne for at være utroværdige.• Kan muligvis adresseres via humor.

Tabel 63

De tre idealtyper afslutter på denne vis afhandlingens konklusion, og deres anvendelighed vil blive kommenteret i de afsluttende bemærkninger.

7.5 Afsluttende bemærkninger

Der blev indledningsvis i afhandlingen argumenteret for relevansen af dette projekt. Det formodes, at de teoretiske og empiriske resultater har udvidet og perspektiveret de indledende argumenters relevans til afhandlingens fordel. Der vil derfor afslutningsvis kortfattet blive fokuseret på implikationerne af de præsenterede resultater i relation til det videre arbejde, som vil være relevant i forbindelse med statin- og mediefeltet.

Det er trods talrige forskellige tiltag ikke lykkedes at rekruttere medlemmer af det moderne individorienterede og tilstødende segmenter langs den nordøstlige vektor. Set ud fra tilfældighedernes spil er det naturligvis absolut en mulighed, at dette kan skyldes rent uheld. Det ville dog være i modstrid med denne afhandlings tro på en videnskabelig, struktureret og systematiseret tilgang til empiriindsamling at gøre dette problem til et spørgsmål om Fortunas velvilje, og derfor synes der at være to gyldige forklaringer på problemstillingen. Det metodiske håndværk har enten ikke været tilstrækkeligt velfunderet, eller også findes der blandt denne målgruppe en naturlig barriere, der gør, at de sjældent deltager i denne form for samfundsnyttige projekter. For at nedtone betydningen af det første argument skal det pointeres, at rekrutteringen var tilfældig, og at der i løbet af denne kun var meget få statinbrugere, der grundet personlige udfordringer måtte melde fra. Var der først givet tilsagn om deltagelse, var der ingen afbud. Det til trods for, at det måtte afvises at betale for transport og parkering. Ofte var der tale om, at informanterne skulle kontaktes telefonisk ad flere omgange, men rekrutteringen var på alle måder succesfuld. Derfor synes den sidst anførte årsag at være den mest oplagte, idet beskrivelsen af disse segmenter blandt andet ekspliciterer, at individerne i målgruppen er kendetegnet ved at være travlt optaget af job og karriere, være følelsesmæssigt tilbageholdende og lægge vægt på, at handlinger skal være gavnlige for dem selv (Dahl 1996: 11-15). Denne adfærdsmæssige cocktail er formentlig den primære årsag til dette segments fravær i samplet og betyder, at denne del af befolkningen ikke bliver synlige i en del af den forskning, hvor frivillig deltagelse er en nødvendighed. På det overordnede makroniveau kan det betyde, at samfundsmæssige beslutninger foretaget på baggrund af individbaseret forskning vil kunne blive skævvredet i relation til livsstilmæssige værdier og anskuelser.

Det er selvfølgelig en polemisk diskussion og en spekulativ problemstilling med så spinkelt et materiale, men på mikroniveau har det i forbindelse med dette projekt haft den betydning, at holdninger, som repræsenterer sundhed som middel, ikke i nævneværdig grad er blevet udtrykt og aktualiseret af informanterne. Sundhed som middel er kun blevet identificeret i tilfældige passager, som livsstilsteoriens probabilistiske teoridannelse tilsiger. Denne afhandlings interviewresultater ville have haft en større udsigelseskraft, hvis dette segment havde været repræsenteret, og det betyder muligvis, at antallet af idealtyper kunne være blevet suppleret. Dette rationale er naturligvis ikke et endegyldigt faktum, men realiteten er, at denne del af den danske befolkning ikke er repræsenteret i interviewundersøgelsen og dermed også kan være underrepræsenteret i andre lignende undersøgelser. Endelig kan det anføres, at denne problemstilling er underordnet, idet livsstilssegmenter blot er en konstruktion. Det må imidlertid afvises, da en sådan argumentation ville underminere hele afhandlingens grundlag og samtidig affeje store dele af Bourdieus teoridannelse.

Uanset antallet af idealtyper vil de kunne bruges i det videre arbejde i forbindelse med LIFESTAT-projektet. En af de overordnede målsætninger er at tilvejebringe yderligere information til statinbrugerne. Det er projektets fælles interdisciplinære mål at udarbejde materiale, der i forbindelse med konsultation hos en praktiserende læge vil kunne fungere som oplysningsmateriale med gode råd til statinbrugerne om deres diagnose og brugen af statiner. Til denne lejlighed vil idealtyperne kunne tjene som personaer og dermed

sikre en mere målrettet kommunikation til flere patienttyper. Overordnet synes der heller ikke at være problemer med at applicere idealtyperne på andre patientgrupper, da definitionen i skemaet er forsøgt formuleret i brede vendinger for netop at opnå en bredere gyldighed. Derfor er der ikke noget til hinder for, at typerne også kan indgå i andre former for sundhedskommunikation, hvor der er behov for at ramme en mere specifik målgruppe.

Internettet viste sig meget tydeligt at være det foretrukne søgemedie, når det kom til søgning af yderligere sundheds- og statininformation. Det blev også meget klart, at blandt andet internettet udgør både en ressource og en kilde til uro og usikkerhed. Det vil være oplagt at undersøge, hvilken betydning denne polarisering af medieindholdet på sundhedsområdet har for det enkelte individ versus den samlede befolkning. Det vil ved samme lejlighed være betimeligt at studere den inter- og intratekstuelle budskabsdiskrepans, som internetmediets sundhedssites naturligt må være garant for. Bortset fra det politiske felt er der næppe ret mange andre områder, hvor denne tendens til inkonsistent og cyklisk medieindhold er mere udbredt end på netop sundhedsfeltet. Hvilken betydning har det, som afhandlingen identificerer, at der er så modstridende oplysninger tilgængelige ved blot et enkelt eller to klik med musen? NetDoktor.dk var det foretrukne internetsite blandt informanterne, og det ville derfor være en mulighed at begynde her og undersøge, hvilke informationer der af denne kanal tilflyder statinbrugerne.

Afhandlingen påviser, at framing-teorien er et anvendeligt og yderst relevant strukturelt og analytisk værktøj, der har demonstreret sit potentiale som udgangspunkt for medievidenskabelige undersøgelser. Da teorien primært er amerikansk inspireret, vil det være interessant at undersøge tilgangens udbredelse inden for en dansk og europæisk kontekst for at se, om den vej at søge at gøre værktøjet mere brugervenligt. Der er på området meget lidt praksisorienteret litteratur, som grundigt beskriver, hvorledes en framing-analyse af medieindhold praktisk kan gribes an. Det samme gælder på modtagerniveau. Generelt beror framing-teorien på inddragelse af mange forskellige allerede kendte analytiske og metodiske tilgange, men det ville være formålstjenstligt, om videre forskning kunne identificere de mest brugbare og anvendelige. På denne vis ville en bredere anvendelse af teorien formentlig kunne finde sted.

I forbindelse med indeværende afhandlings generelle fokus på sundhed har der i de mange iagttagelser, som dette arbejde har afstedkommet, indsneget sig en lille tanke, som lidt polemisk formuleret lyder som følger:

Danskerne bliver gennem medierne fra politisk hold opfordret til at være aktive deltagere i kampen for et godt helbred. De bliver adresseret i en neoliberal tone, der understreger, at de er *forbrugere* af sundhed og i særdeleshed *forbrugere* af sundhedsvæsenet. Når danskerne så kommer i kontakt med sundhedsvæsenet i form af kampagner eller ved et personligt møde med dets repræsentanter, bliver de tiltalt i en autoritativ tone, der understreger, at de er *borgere*. Det er måske ikke underligt, at store dele af den danske befolkning til tider bliver en smule forvirret.

8. Resume og Abstract

8.1 Resumé

Afhandlingens formål er at levere en teoretisk og empirisk forståelse af samspillet mellem mediernes statinindhold og statinbrugernes oplevelse af dette indhold. Alene i Danmark tager mere end 600.000 danskere på daglig basis statiner, og tallet er voksende. Det svarer til, at 12% af den samlede befolkningen tager kolesterolsænkende medicin. Blandt visse aldersgrupper af ældre mænd er andelen af statinbrugere oppe på 40%. I en medievidenskabelig sammenhæng er medicin og sundhed et af de stofområder, som medierne i stigende grad inddrager i produktionen af indhold i forsøget på at fange publikums interesse. I danske tabloidaviser er der på ti år sket en stigning på 245% i antallet af sundhedsartikler. På statinområdet finder man en endnu mere drastisk udvikling. De seneste femten år er indholdet om kolesterolsænkende medicin tidoblet i danske medier. For en stadig voksende gruppe af danskere er deres til tider livsvigtige medicin i stigende grad genstand for mediernes granskning. Spørgsmålet er, hvilken betydning denne konstante medieopmærksomhed på statiner har for statinbrugernes personlige identitetsarbejde i forbindelse med deres egen diagnose? Til at undersøge denne problemstilling anlægger afhandlingen en teoretisk perspektivering i relation til sundhed, livsstil, statiner, statinbrugere samt medierne som skaber og udbyder af statin- og sundhedsinformation. Afhandlingen leverer med dette udgangspunkt en række empiriske analyser i skalaniveau fra samfund til individ. Der vil således i praksis være tale om en indholdsanalyse foretaget i en både kvantitativ og kvalitativ optik. Samtidig vil en national spørgeskemaundersøgelse afdække den brede befolknings holdning til og brug af statiner og medier. Endelig vil en række fokuserede interviews af statinbrugerne være rettet mod at undersøge netop statinbrugernes personlige oplevelser med medier og statiner. Resultaterne viser, at sundhedsbegrebet som mål og middel er integrerbart med livsstilssegmentering. Der findes i det danske medieindhold et højt niveau af inter- og intratekstuel budskabsdiskrepans, der manifesterer sig ved, at indholdet af sundhedsstof er selvmodsigende og cyklisk. På statinfeltet betyder det i praksis, at framingen er tredelt, og at beskrivelsen af statiner varierer fra livsnødvendig over medicinsk kampplads til bivirkningsfremkaldende. Denne splittede framing betyder, at statinbrugerne oftere føler sig forvirrede og utrygge. Medierne bliver opfattet som både en ressource og en kilde til usikkerhed og uro. På denne måde er mediernes indhold med til at påvirke adherenceniveauet både positivt og negativt. Afhandlingen demonstrerer således gennem en række empiriske analyser mediernes betydning for statinbrugernes personlige identitetsarbejde i forbindelse med egen diagnose.

8.2 Abstract

This dissertation's purpose is to provide a theoretical and empirical understanding of the interaction between the statin content of the media and the statin patients' experience of this content. In Denmark alone, more than 600,000 citizens are taking statins on a daily basis and the number is still growing. The number of statin patients corresponds to a total of 12% of the entire population. Among certain groups of older men, the proportion of statin users is close to 40%. In the effort to capture the public's interest, media's increasingly involve medicine and health as one of their major topics when producing news content. In Danish tabloids, there has been within a ten-year period a 245% increase in the number of health related articles. In the statin field, an even more dramatic development was seen. During the last fifteen years, the content of cholesterol-lowering medicine has increased tenfold in the Danish media. For a steadily growing group of Danes, their vital drug is now increasingly subject to the media's scrutinizing. The question is how does this constant media attention towards statins affects the statin patients' personal identity work in connection to their diagnosis? To investigate this issue, this dissertation presents a theoretical perspective regarding health, lifestyle, statins, statin patients and the media. With this in mind, this dissertation provides a number of empirical analyzations in the range from the societal to the individual level. In practice, a content analysis will be conducted in both a quantitative and a qualitative perspective. At the same time, a national survey will investigate the public's general attitude towards and use of statins

and media. Finally, a number of focused interviews to be conducted among statin patients will focus on investigating the statin patients' personal experiences with the media and statins. The results show that the concept of health as goals and means is an integrable part of lifestyle segmentation. There is a large part of inter- and intratextual message discrepancy in Danish media content, which manifests itself by the health content being contradictory and cyclical. In the statin field, it means that framing is three-pieced. The description of statins varies from a vital medical necessity over medical battleground to side-effects it is causing. This fragmented framing means that, statin users often feel confused and insecure. The media are perceived as both a resource and a source of unease. In this way, the media content contributes to affect the level of adherence both positively and negatively. This dissertation hereby demonstrates through a number of empirical analyzations, the importance of media in regards to the statin users' personal identity work in connection to their own diagnosis.

9. Referencer

- Albert, M., Paradis, E. & Kuper, A. (2015): Interdisciplinary promises versus practices in medicine: The decoupled experiences of social sciences and humanities scholars, *Social Science & Medicine* 126 (2015), 17-25.
- Andsager, J. & Powers, A. (1999): Social or Economic Concerns: How News and Women's Magazine Framed Breast Cancer in the 1990s, *J&MC Quarterly*, 76(3), 531-550.
- Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2012): *Sundhed i de sociale klasser*. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.
- Armitage, J. (2007): The safety of statins in clinical practice. *The Lancet* 370, 1781-1790.
- Balmas, M. & Sheafer, T. (2010): Candidate Image in Election Campaigns: Attribute Agenda Setting, Affective Priming, and Voting Intentions. *International Journal of Public Opinion Research*, 22(2), 204-229.
- Beck, U. (2002): *Risikosamfundet - på vej mod en ny modernitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Benoit, W. L., Stein, K. A. & Hansen G. J. (2005): New York Times Coverage of Presidential Campaigns, *J&MC Quarterly*, 82(2), 356-376.
- Berglund, E., Lytsy, P. & Westerling, R. (2013): Adherence to and beliefs in lipid-lowering medical treatments: A structural equation modeling approach including the necessity-concern framework. *Patient Education and Counseling*, 91(1), 105-112.
- Blaikie, N. (2003): *Analyzing Quantitative Data*. London: Sage Publications Ltd.
- Bondebjerg, I. (2001): Dagspressens ombrudte Danmarkskort. In K.B. Jensen (ed.): *Dansk Mediehistorie 3: 1960-1995* (pp. 244-260). København: Samfundslitteratur.
- Bourdieu, P. (1989): Social Space and Symbolic Power. *Sociological Theory*, 7(1), 14-25.
- Bourdieu, P. (1995): *Distinksjonen – En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2009): *Refleksiv sociologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Briggs, C. L. & Hallin, D. C. (2016): *Making Health Public. How news, coverage is remaking media, medicine and contemporary life*. New York: Routledge.
- Brinkmann, S. (2012): Videnskabelige metoder og patientperspektivet. In Martinsen, B., Norlyk, A. & Dreyer, P. (ed.): *Patientperspektivet - En kilde til viden* (pp. 31-47). København: Munksgaard.
- Broady D. (1991): *Sociologi och epistemologi - Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*. Stockholm: HLS Förlag.
- Bryman, A. (2012): *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.

Byrne, S., Niederdeppe, J., Avery, R. J. & Cantor, J. (2013): When diet and exercise are not enough": An examination of lifestyle change inefficacy claims in direct-to-consumer advertising. *Health Communication*, 28(8), 800–813.

Bøye, E. M. (2009): *Statistik-hjælperen - med SPSS-vejledning*. Aarhus: Swismark.

Charland, S., Agatep, B. C., Herrera, V., Schrader, B., Frueh, F.W., Ryvkin, M., Shaebber, J., Devlin, J.J., Superko, H.R. & Stanek, E.J. (2014): Providing patients with pharmacogenetic test results affects adherence to statin therapy: results of the Additional KIF6 Risk Offers Better Adherence to Statins (AKROBATS) trial. *The Pharmacogenomics Journal*, 14(3), 272–280.

Christensen, B. (2007): *Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis - En klinisk vejledning*. København: Dansk Selskab for Almen Medicin.

Christensen C. L. (2013): Sundhed på tv: fra læge til sundhedsguru. *MedieKultur*, 54, 104-122.

Christensen C., L., Helge, J. W., Krasnik, A., Kriegbaum, M., Rasmussen, L. J., Hickson, I. D., Liisberg, K. B., Oxlund, B., Bruun, B., Lau, S., R., Olsen, M.N., Andersen, J. S., Heltberg, A. S., Kuhlman, A.B., Morville, T. H., Dohlmann, T. L., Larsen, S. & Dela, F. (2016): LIFESTAT – Living with statins. An interdisciplinary project on the use of statins as cholesterol-lowering treatment and cardiovascular risk reduction. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(5), 534-539.

Chong, D. & Druckman, J., N. (2007): A Theory of Framing and Opinion Formation in Competitive Elite Environments. *Journal of Communication* 57, 99–118.

Claassen, L., Smida T., Woudenberg, F. & Timmermans D. R. M. (2012): Media coverage on electromagnetic fields and health: Content analysis of Dutch newspaper articles and websites. *Health, Risk & Society*, 14(7–8), 681–696.

Conrad, P. (2007): Medicalization. In P. Conrad: *The Medicalization of society* (pp. 3-19). Baltimore: The John Hopkins University Press.

Crawford, R. (1980): Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.

D'Agostino, R., B. (2014): The Guidelines Battle on Starting Statins. *The New England Journal of Medicine*, 370(17), 1652-1658.

Dahl, H. (1996): Sociologi og målgrupper: Nogle erfaringer med at operationalisere Bourdieu. *MedieKultur*, 24, 5-1.

Dahl, H. (2005): *Hvis din nabo var en bil*. København: Akademisk forlag.

Dahl, M. R. (2007): Hvor får ældre danskere deres sundhedsinformationer fra, og hvordan beskriver de informationskvaliteten? *Klinisk sygepleje*, 21:3, 39-46.

Dansk Medicinsk Selskab (2005): *Håndbog i specialevalg - En præsentation af de lægevidenskabelige specialer*. København: Lægeforeningens Forlag.

Davin S. (2003): Healthy viewing: The reception of medical narratives. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 662-679.

De Swert, K. (2012): Calculating inter-coder reliability in media content analysis using Krippendorff's Alpha, *University of Amsterdam*

Deacon, D., Pickering, M., Golding, P. & Murdock, G. (1999): *Researching Communications - A Practical Guide to Methods in Media and Cultural Analysis*. London: Edward Arnold.

Dearing, J. & Rogers, E. (1988): Agenda-setting research: Where has it been, where is it going? *Communication Yearbook 11*, 555-594.

Douglas, M. (1996) *Thought styles: Critical essays on good taste*. London: Sage.

Duffy, M. E. & Thorson, E. (2009): Emerging Trends in the New Media Landscape, In Parker, J. C. & Thorson, E. (ed.): *Health Communication in the New Media Landscape* (pp. 93-116). New York: Springer Publishing Company.

Entman R., M. (1993): Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51-58.

Entman R., M. (2015): Framing: Til afklaring af et spredt paradigme. *MedieKultur*, 58, 115-123.

Eskjær, M, F. & Helles R. (2015): *Kvantitativ indholdsanalyse*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Fairclough, N. (1995): *Critical Discourse Analysis*. Boston: Addison Wesley.

Fan, D. P. (2002): Impact of Persuasive Information on Secular Trends in Health-Related Behaviors. In Hornik, R. C. (ed.): *Public Health Communication – Evidence for Behavior Change* (pp. 251-264). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Fish, S. (1979): *Is there a text in this class? The Authority of Interpretive Communities*. Cambridge: Harvard University Press.

Fowler, C. & Nussbaum, J. F. (2008): Cultural Competence and Barriers to the Delivery of Healthcare. In Wright K. B. & Moore S. D. (ed.): *Applied Health Communication* (pp. 159-178). Cresskill: Hampton Press.

Fowler, R., Hodge, B., Kress, G. & Trew T. (Ed.) (1979): *Language and control*. London: Routledge & Kegan Paul.

Fromholt, P. & Munk, K. (2002): Aldersparadigmer, normalitet og sundhed. In Jensen, U. J., Fink, H. & Lystbæk, C.T. (ed.): *Humaniora & Sundhedsvidenskab* (pp. 123-138). Aarhus: Philosophia.

Gasher, M., Hayes, M. V., Ross, I., Hacket, R. A., Gutstein, D. & Dunn, J. R. (2007): Spreading the News: Social Determinants of Health Reportage in Canadian Daily Newspapers. *Canadian Journal of Communication*, 32, 557-574.

Giddens, A. (1996): *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels Forlag.

Goodfellow, N. A., Almomani, B. A., Hawwa, A. F. & McElnay J. C. (2013): What the newspapers say about medication adherence: a content analysis. *BMC Public Health* 13, 909.

Gravengaard, G. (2010): *Journalistik i praksis - valg og fravalg af nyhedsideer*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Gripsrud, J., Hovden, J. F. & Moe, H. (2011): Changing relations: Class, education and cultural capital. *Poetics* 39, 507–529.

Guldbrandsen, I. T. & Just, S. N. (2016): *Strategizing Communication – Theory and Practice*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Gunter, B. (2002): The quantitative research process. In K.B. Jensen (ed.): *A Handbook of Media and Communication Research* (pp. 209-234). London: Routledge.

Halkier, B. (2002): *Fokusgrupper*. Roskilde: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

Hall, S. (1973): *Encoding and Decoding in the television Discourse* (Stencilled Occasional Paper 7), Birmingham, Centre for Contemporary Cultural Studies.

Hansen, E. J. & Andersen, B. H. (2009): *Et sociologisk værktøj*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hansen, F. (1998): From Life Style to Value Systems to Simplicity. *Advances in Consumer Research*, 25, 181-195.

Hansen, F., Hansen, L.Y. & Grønholdt, L. (2002): *Developments in Marketing Science: Proceedings of the Annual Conference of the Academy of Marketing Science* (pp185-210). Sanibel Harbour Resort, Florida, May 29 - June 1, 2002.

Harmsen, C. G., Jarbøl, D. E., Nexøe, J., Støvring, H., Gyrd-Hansen, D., Nielsen, J. B., Edwards, A. & Kristiansen, I. S. (2013): Impact of effectiveness information format on patient choice of therapy and satisfaction with decisions about chronic disease medication: the "Influence of intervention Methodologies on Patient Choice of Therapy (IMPACT)" cluster-randomised trial in general practice. *BMC Health Services Research*, 13(76), 1-8.

Hayes, A. F. & Krippendorff, K. (2007): Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures* 1, 77-89.

Helles, R. & Hjarvard, S. (2014): *Seertal og webtrafik*. Samfundslitteratur: København.

Henderson, S. (2001): Hot Statin Drugs Play Agency Musical Chairs. *Advertising Age*, 72 (12), 1-3.

Henriksen, F. (1997): Det fokuserede interview – præsentation af et mediesociologisk redskab. *Median. Skrifter om medieanalyse*, 2, 1-20.

Hensel, B. K., Boren, S. A. & Cameron, G. T. (2009): Connecting Cognate Fields: Health Communication and Biomedical Informatics. In Parker, J. C. & Thorson, E. (ed.): *Health Communication in the New Media Landscape* (pp 395-416). New York: Springer Publishing Company.

- Hesse, B. W. (2009): Enhancing Consumer Involvement in Health Care. In Parker, J. C. & Thorson, E. (ed.): *Health Communication in the New Media Landscape* (pp 119-149). New York Springer Publishing Company.
- Hjarvard, S. (1997): Forholdet mellem kvantitative og kvalitative metoder i medieforskningen. *Norsk medietidsskrift* 2, 60-80.
- Hjarvard, S. (2008): *En verden af medier - medialiseringen af politik, sprog, religion og leg*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hjarvard, S. (2009): *Samfundets medialisering – En teori om mediernes forandring af samfund og kultur*. *Nordicom-Information* 31, 5-35.
- Hjarvard S. & Kristensen, N. N. (2014): When media of a small nation argue for war. *Media, War & Conflict*, 7(1), 51–69.
- Hjarvard, S. (2015): Framing: Introduktion til et begreb og en klassisk tekst. *MedieKultur*, 31(58), 104-114.
- Honey, S., Hill, K., Murray, J. & Craigs, C. (2015): Patients' responses to the communication of vascular risk in primary care: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 16, 61-70.
- Horton, D. R. & Wohl, R. (1956): Mass communication and para-social interaction: Observations on intimacy at a distance. *Psychiatry*, 19(3), 215-229.
- Hovden, J. F. & Knapskog, K. (2014): *Tastekeepers* – Taste structures, power and aesthetic-political positions in the elites of the Norwegian cultural field. *Nordisk kulturpolitisk tidsskrift*, 17(1), 55-75.
- van Hunsel, F., Passier, A. & van Grootheest, K. (2009): Comparing patients' and healthcare professionals' ADR reports after media attention: the broadcast of a Dutch television programme about the benefits and risks of statins as an example. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(5), 558–564.
- Huws, J. C. & Jones, R. S. P. (2010): Missing voices: representations of autism in British newspapers, 1999–2008. *British Journal of Learning Disabilities*, 39, 98–104.
- Hvas, A. C. (1999): Sygeliggørelse og medikalisering. *Ugeskrift for læger* 161(42), 5783-5785.
- Hyman, H. H. & Sheatsley, P. B. (1947): Some Reasons Why Information Campaigns Fail. *Public Opinion Quarterly*, 11(3), 412-423.
- Høiris, O. (1993): Pierre Bourdieu og antropologi. *Jordens folk – et etnografisk tidsskrift*, 28(2), 42-47.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Iyengar, S. & Kinder, D. (1987): *News that matters: Television and American opinion*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jensen, J. D., Moriarty, C. M., Hurley, R. J. & Stryker, J. E. (2012): Making sense of cancer news coverage trends: a comparison of three comprehensive content analyses. *Comunicação e Sociedade, Número Especial*, 2012,39-55.

- Jensen, K. B. (2002): Media effects – Quantitative traditions. In: K. B. Jensen (ed.): *A Handbook of Media and Communication Research* (pp. 106-130). London: Routledge.
- Jensen, K. B. (2008): *Medier og samfund – en introduction*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Jensen, K. J. & Rosengren, K. E. (1990): Five traditions in search of the audience. *European Journal of Communication*, 5(2-3), 207-238.
- Jensen, M. K. (1991): Kvalitative metoder i anvendt samfundsforskning. *Politica*, 23(2). København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 91:1.
- Jensen, U. J. (2001): *Moralsk ansvar og menneskesyn*. København: Munksgaard.
- Jensen, U. J. (2005): Sundhed, liv og filosofi. In Jensen, U. J. & Andersen, P. F. (ed.): *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis* (pp. 7-41). Aarhus: Philosophia.
- Jensen, U. J. (2002): Humaniora som sundhedsvidenskab. In Jensen, U. J., Fink, H. & Lystbæk, C.T. (ed.): *Humaniora & Sundhedsvidenskab* (pp. 9-39). Aarhus: Philosophia.
- Jensen, U.L. (2012): Patientperspektivet i en sundhedspraksis under forandring. In Martinsen, B., Norlyk, A. & Dreyer, P. (ed.): *Patientperspektivet - En kilde til viden* (pp. 17-30). København: Munksgaard.
- Jeppesen, M. (2005): *Privatøkonomi og uddannelse – analyser på baggrund af forbrugsundersøgelsen 2001-2003*. København: Danmarks Statistik.
- Johnson, J. Q., Sionean, C. & Scott A. M. (2011): Exploring the Presentation of News Information About the HPV Vaccine: A Content Analysis of a Representative Sample of U.S. Newspaper Articles. *Health Communication*, 26, 491–501.
- Jørgensen, M. W. & Phillips L. (1999): *Diskursteori – som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.
- Jørgensen, O. C. (2016): *Beretningen om de danske aviser 1992-2011*. Forfatteren og Dagspressens fond 2016. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Kamin, T. (2007): Mediatization of Health and “Citizenship-Consumership” (Con)Fusion. In Höijer, B. (ed.): *Ideological Horizons in media and citizen discourses* (pp. 119-130). Göteborg: Nordicom.
- Kashani, A., Phillips, C. O., Foody, J. M., Wang, Y., Mangalmurti, S., Ko, D. T. & Krumholz, H. M. (2006): Risks Associated With Statin Therapy – A Systematic Overview of Randomized Clinical Trials. *Circulation*, 114(25), 2788-2797.
- Kaspersen, L. B. (1995): Anthony Giddens – en introduction til en samfundsteoretiker. København: Hans Reitzels Forlag
- Kaya, H., Beton, O. & Yilmaz, M. B. (2015): How to increase level of patients' awareness regarding the importance of statins despite the influence of the media? *International Journal of Cardiology*, 207, 164.
- Kiernan, V. (2003): Diffusion of News about Research. *Science Communication*, 25(1), 3-13.

Kirkegaard, P., Risør, M. B., Edwards, A., Junge, A. G. & Thomsen, J. L. (2012): Speaking of risk, managing uncertainty: decision-making about cholesterol-reducing treatment in general practice. *Quality in primary care*, 20,245-252.

Kjøller M., Juel K. & Kamper-Jørgensen, F. (2007): *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Knudsen, A. K., Omenås, A. N., Harvey, S. B., Løvvik, C. M. S., Lervik, L.V. & Mykletun, A. (2011): Chronic fatigue syndrome in the media: a content analysis of newspaper articles. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*, 2(5), 42. doi: 10.1258/shorts.2011.011016.

Kocas, C. (2015): The role of media on statin adherence. *International Journal of Cardiology*, 201, 139.

Kofoed, P. (2010): *Statistik i ernæring og sundhed*. København: Nyt teknisk forlag.

Kreps, G. L. & Maibach, E. W. (2008): Transdisciplinary Science: The Nexus Between Communication and Public Health. *Journal of Communication* 58, 732-748.

Kriegbaum, M., Liisberg, K. B. & Wallach-Kildemoes, H. (2017): Changing patterns of Statin use following media coverage of statin side effects, *Patient Preference and Adherence* 11, 1151-1157.

Krippendorff, K. (2013): *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* 3rd. Thousand Oaks: Sage

Kristensen, N. N. & From, U. (2012): LIFESTYLE JOURNALISM – Blurring boundaries, *Journalism Practice*, 6:1, 26-41

Kruger, C., Niederdeppe, J., Byrne, S. & Avery, R. J. (2015): Effects of exposure to direct-to-consumer television advertising for statin drugs on food and exercise guilt. *Patient Education and Counseling* 98, 1150–1155.

Kruuse, E. (1999): *Kvantitative forskningsmetoder - i psykologi og tilgrænsende fag*. København: Dansk psykologisk Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview: Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

Lau, L. & Pasquini, M., W. (2004): Meeting grounds: perceiving and defining interdisciplinarity across the arts, social sciences and sciences, *Interdisciplinary Science Reviews*, 29(1), 49-64.

Lau, S. R., Andersen, J. S., Dela, F. & Oxlund, B. (2017): The Rise of Statins: How the Dispute between Protagonists and Antagonists of Cholesterol Management Played Out in Denmark, *BioSocieties*, unpublished.

Law, M. & Rudnicka, A. R. (2006): Statin Safety: A Systematic Review. *The American Journal of Cardiology* 97, 52-60.

Lewis T. (2008): DIY lifestyles? In T. Lewis (ed.): *Smart Living. Lifestyle media and popular expertise* (pp. 114-129). New York: Peter Lang.

Licensed Materials - Property of IBM (2011): *IBM SPSS Statistics 20 Core System*.

Liebes, T. & Katz, E. (1990): *Export of Meaning: Cross-Cultural Readings of Dallas*. New York: Oxford University Press.

LIFESTATs hjemmeside: <http://pixelplanet.dk/dk/om-lifestat/extended-project-description>

Lund, A. B. (2003): Standhaftige dagblade. In K.B. Jensen (ed.): *Dansk Mediehistorie 4: 1995-2003* (pp. 123-142). København: Samfundslitteratur.

Lund, A. B. (2013): *Mangfoldighed i dansk dagspresse – et publicistisk serviceeftersyn*. København: Møller Forlag

Lupton, D. (2012): *Medicine as culture*. London: Sage.

Maindal, H. T. (2003): Udarbejdelse af spørgeskema – som man spørger, får man svar ... *Klinisk Sygepleje*, 17(2), 23-31

Mann, D. M., Ponienman, D., Montori, V. M., Arciniega, J. & McGinn, T. (2010): The Statin Choice decision aid in primary care: A randomized trial. *Patient Education and Counseling*, 80, 138–140.

Marks, D.F, Murray, M., Evans, B., Estacio, E.V (2015): *Health Psychology - Theory, Research and Practice*. London: Sage.

Martinsen, B., Norlyk, A., & Dreyer, P. (2012): *Patientperspektivet - En kilde til viden*, København, Munksgaard.

Marton, T. A. & Duck, J. M. (2001): Communication and Health Beliefs - Mass and Interpersonal Influences on Perceptions of Risk to Self and Others. *Communication Research*, 28(5), 602-626.

Matthews, A., Herrett, E., Gasparrini, A., Staa, T. V., Goldacre, B., Smeeth, L. & Bhaskaran, K. (2016): Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary. *British Medical Journal*, 353, 1-10.

McCombs, M. E. & Shaw, D. L. (1972): The Agenda-Setting function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly*, 36, 176-187.

McCombs, M. E., Shaw, D. L. & Weaver, D. H. (1997): *Communication and democracy: Exploring the intellectual frontiers in agenda-setting theory*. Mahwah: Erlbaum.

McQuail, D. (2000): *Mass communication theory: an introduction*. London: Sage.

Meillier, L. K., Lund, A. B. and Gerdes, L. U. (1997): The Backpack Function of Health Education: Use of Knowledge Types Concerning Prevention of Coronary Heart Disease. *Science Communication*, 18)3, 216-237.

Merton, R. K & Kendall P. L. (1946): The focused interview. *The American Journal of Sociology*, 51(6), 541-557.

Mik-Meyer, N. (2009): Sundhedsstoffet: Risiko, ansvar og skyld. In Lund, A. B., Willig, I. & Ørsten, M. B. (ed.): *Den journalistiske fødekæde i Danmark før og nu*. Aarhus: Ajour.

- Mohan, D. J. (2009): Health Communication: Trends and Future Directions. In Parker, J. C. & Thorson, E. (ed.): *Health Communication in the New Media Landscape* (pp. 59-92). New York: Springer Publishing Company.
- Moore, S. D. & Thurston J. (2008): Cultural Competence and Barriers to the Delivery of Healthcare. In Wright K. B. & Moore S. D. (ed.): *Applied Health Communication* (pp. 105-124). Cresskill: Hampton Press.
- Morgan, D. L. (1997): *Planning Focus Groups*. Thousand Oaks: Sage.
- Morgan D. L. (1998): *The Focus Group Guidebook*. London: Sage.
- Morley, D. (1980): *The 'Nationwide' Audience: Structure and Decoding*. London: BFI.
- Neville, P. (2012): "You've Got Male": Advice-Seeking Behaviour in Men Using the Online Advice Site www.worldweary.com. *The Journal of Men's Studies*, 20(3), 227-242.
- Niederdeppe, J., Byrne, S., Avery, R. J. & Cantor, J. (2013): Direct-To-Consumer Television Advertising Exposure, Diagnosis with High Cholesterol, and Statin Use. *Journal of General Intern Med*, 28(7), 886–893.
- Niederdeppe, J., Fowler, E. F., Goldstein, K. & Pribble, J. (2010): Does Local Television News Coverage Cultivate Fatalistic Beliefs About Cancer Prevention? *Journal of Communication* 60, 230–253.
- Niederdeppe, J., Gollust, S. E., Jarlenski, M. P., Nathanson, A. M., & Barry, C. L. (2013): News Coverage of Sugar-Sweetened Beverage Taxes: Pro- and Antitax Arguments in Public Discourse. *American Journal of Public Health*, 103 (6), 92-98.
- Nielsen, E. S. (1983): Konstruktion af strukturerede spørgeskemaer. *DDA-Nyt*, 27, 7-31.
- Nielsen, M. E. J. (2015): *Forbandede sunddom*. Rask Mølle: DreamLitt.
- Nielsen, S. F. & Nordestgaard, B. G. (2015): Negative statin-related news stories decrease statin persistence and increase myocardial infarction and cardiovascular mortality: a nationwide prospective cohort study. *European Heart Journal*, 2015, 1-9. doi: 10.1093/eurheartj/ehv641. Epub 2015 Dec 1.
- Northridge, M. E., Vaughn, R. L. and Cohall, A. T. (2009): Emerging Demographics and Health Care Trends. In Parker, J. C. & Thorson, E. (ed.): *Health Communication in the New Media Landscape* (pp. 23-39). New York: Springer Publishing Company.
- Otto L. (1997): Sundhedsbegrebets omfang og opløsning. In Hansen, H. P. & Ramhøj, P. (ed.): *Tværvideenskabelige perspektiver på sundhed og sygdom* (pp.181-196). København: Akademisk forlag.
- Otto, L. (1998): *Rask eller lykkelig - Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede*. København: Komiteen for sundhedsoplysning.
- Otto, L. (2005): *Et robust helbred eller et lykkeligt liv*. In Jensen, U. J. & Andersen, P. F. (ed): *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis* (pp. 75-95). Aarhus: Filosofia.
- Oxlund, B. (2012): At leve gennem tal: Brugen af måleapparater i håndteringen af livsstilssygdomme i Danmark. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, 17, 101-118.

- Pahuus, M. (2011): Hermeneutik. In Collin, C. & K ppe, S. (ed.), *Humanistisk Videnskabsteori* (pp. 139-169). København: DR Multimedie.
- Pedersen, P. (2002): Medicinsk antropologi, Humaniora og sundhedsvidenskab. In Jensen, U. J., Fink, H. & Lystbæk, C. T. (ed.): *Humaniora & Sundhedsvidenskab* (pp. 51-62). Aarhus: Philosophia.
- Phillips, L. & Schrøder, K. (2004): *Sådan taler medier og borgere om politik. En diskursanalytisk undersøgelse af politik i det medialiserede samfund*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Pittelkow, R. (1985): Seernes TV-avis. *Analyser af tv*, Holte: Forlaget Medusa.
- Politia, M. C. & L gar b, F. (2010): Physicians' reactions to uncertainty in the context of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 155–157.
- Poulsen, K. K. (1995): *Organisering af hverdagsliv og livsstil, ugeblade, magasiner og fagblade*. København: Medieudvalget, Statsministeriet.
- Poulsen, K. K. (2001): Livsstil med tryk på. In K.B. Jensen (ed.): *Dansk Mediehistorie 3: 1960-1995* (pp. 270-279). København: Samfundslitteratur.
- Poulsen, K. K. (2003): Tryk på magasinerne. In K.B. Jensen (ed.): *Dansk Mediehistorie 4: 1995-2003* (pp. 143-158). København: Samfundslitteratur.
- Poulsen, K. K. (2007): Smag, livsstil og madmagasiner, *MedieKultur*, 23:42/43, 46-53.
- Prainsacka, B., Svendsen, M.N., Koch, L. & Ehrich, K. (2010): How do we collaborate? Social science researchers' experience of multidisciplinary in biomedical settings, *BioSocieties*, 5(2), 278–286.
- Price, V. and D. Tewksbury (1997) 'News Values and Public Opinion: A Theoretical Account of Media Priming and Framing'. In G.A. Barnett and F. J. Boster (ed.), *Progress in the Communication Sciences*, vol. 13 (pp. 173-212). New York: Ablex.
- Prieur, A.(2006): Pierre Bourdieu – Bourdieus blik p  den sociale verden. In Jacobsen, M. H., Kristiansen, S. & Carleheden, M. (ed): *Tradition og fornyelse: en problemorienteret teoriehistorie for sociologien* (pp. 515-527). Aalborg, Aalborg Universitetsforlag.
- Regeringen (2014): *Sundere liv for alle - nationale mål for danskernes sundhed de næste ti år*. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse.
- Retriever for Dansk Kommunikationsforening (2013): *Sundhed i medierne*. Rapport udarbejdet i forbindelse med kommunikationskonferencen 'Sundheds Agenda 2013'. I samarbejde med Danske Regioner og Lif.
- Richelsen, B., Astrup, A., Hansen, G. L., Hansen, H. S., Heitmann, B., Holm, L., Kj r, M., Madsen, S. A., Michaelsen, K. F. & Olsen, S. F. (2003): *Den danske fedmeepidemi – oplæg til en forebyggelsesindsats*. Søborg: Ernæringsrådet.
- Riesman, D. (1985): *Det ensomme masse menneske*. København: Gyldendal.

- Roccella, E. J. (2002): The Contributions of Public Health Education Toward the Reduction of Cardiovascular Disease Mortality: Experiences from the National High Pressure Education Program. In R. C. Hornik (ed.): *Public Health Communication – Evidence for Behavior Change* (pp. 73-83). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Roe, K. (1993): Academic Capital and Music Tastes among Swedish Adolescents. *Young: The Nordic Journal of Youth Research* 1(3), 40-55.
- Rogers, E. M. (1962): *The diffusion of innovations*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Rogers, E. S. & Farkas, M. (2009): Making the Grade: Identification of Evidence-Based Communication Messages. In Parker, J., C. & Thorson, E. (ed.): *Health Communication in the New Media Landscape* (pp. 325-341). New York: Springer Publishing Company.
- Saib, A. (2013): Evaluation of the impact of the recent controversy over statins in France: The EVANS study. *Archives of Cardiovascular Disease*, 106, 511-516.
- Sandberg, H. (2005): Medier som arena för hälsokommunikation. *Nordicom information*, 27(2), 27-36.
- Sandberg, H. (2007): A matter of looks: The framing of obesity in four Swedish daily newspapers. *The European Journal of Communication Research*, 32, 447-472.
- Schaffer, A. L., Buckley, N. A., Dobbins, T. A., Banks, E. & Pearson, S. A. (2015): The crux of the matter: did the ABC's Catalyst program change statin use in Australia? *Medical Journal of Australia* 202 (11), 591-596.
- Scheufele, D. A. (1999): Framing as a Theory of Media Effects. *Journal of Communication*, 49(1), 103–122.
- Scheufele, D. (2000): Agenda-setting, priming, and framing revisited: Another look at cognitive effects of political communication. *Mass Communication & Society* 3(2), 297-316.
- Schmidt, L. H. (2009): Om raskhedsfremme. In Jensen, B. B., Carlsson, M. & Simovska, V. (ed.): *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme – teori, forskning og praksis* (pp. 263-276). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Schrøder K. (2002): Discursive realities. In: K. B. Jensen (ed.): *A Handbook of Media and Communication Research* (pp. 106-130). London: Routledge.
- Schrøder K. (2003): Generelle aspekter ved mediereception? – Et bud på en multidimensional model for analyse af kvalitative receptionsinterviews. *MedieKultur* 35, 63-73.
- Schultz, I. (2006): *Bag nyhederne – værdier, idealer og praksis*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Schultz, I. (2007): Fra Partipresse over Omnibuspresse til Segmentpresse. *Journalistica*, 5, 5-26.
- Schøler, M. & Otto, L. (2011): Mænd og mad: Artikulering af kroppen i borgerrettet sundhedsfremme, *Kulturstudier*, 2(2), 66-9.
- Seale, C. (2002): *Media and Health*. London: Sage.

- Seale, C. (2004): *Health and the Media*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Simons, J. (2003): The \$10 Billion Pill. *Fortune*, 147(1), 58-62.
- Skovmand, M. (1988): Bourdieu og medie/kulturforskningen. *MedieKultur*, 4(7), 80-100.
- Slothuus, R. (2004): Politisk smag som klassemarkør: en Bourdieu-approach til studiet af politiske holdninger. *Politica*, 36(3), 311-332.
- Slots- og Kulturstyrelsen (2016a): *Mediernes udvikling i Danmark 2016/Overblik og perspektivering*. København: Kulturministeriet.
- Slots- og Kulturstyrelsen (2016b): *Mediernes udvikling i Danmark 2016/AVIS-PRINT*. København: Kulturministeriet.
- Statens Institut for Folkesundhed (2009): *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse/TrykFonden.
- Statens Institut for Folkesundhed (2016): *Vægtøgning i den danske befolkning 1994-2013*. København: Statens Institut for Folkesundhed
- Statens Institut for Folkesundhed (2005): *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Stevens, R. C. & Hull, S. J. (2013): The colour of AIDS: an analysis of newspaper coverage of HIV/AIDS in the United States from 1992–2007. *Critical Arts*, 27(3), 352-369.
- Strathern, M. (2007): Interdisciplinarity: some models from the human sciences, *Interdisciplinary Science Reviews*, 32(2), 123-134.
- Strauss A. & Corbin J. (1998): *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage. (Kap. 7 & 9).
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2008): *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed - en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler*. Sundhedsstyrelsen/Dansk Sundhedsinstitut.
- Sundhedsstyrelsen (2011a): *Men's Health - A health status of men in Denmark and a review of effective interventions for promoting men's health*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2011b): *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?* København, Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen (2013): *Hygiejne i daginstitutioner - Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed*, 5. udgave. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2014a): *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning (2014b): *10 veje til vægttab, 2. udgave*.

Sundhedsdatastyrelsen (2015): *MedicinForbrug - Tal fra Lægemiddelstatistikregisteret* (pp. 1-3).

Thompson T. L., Robinson, J. D., Anderson, D. J. & Federowicz, M. (2008): Health Communication – Where Have We Been and Where Can We Go?, In Wright, K. B. & Moore, S. D. (ed.): *Applied Health Communication* (pp. 3-33). Cresskill: Hampton Press.

Thorgård, K. (2012): Patientperspektivets epistemology. In Martinsen, B., Norlyk, A. & Dreyer, P. (ed): *Patientperspektivet - En kilde til viden* (pp. 31-47). København: Munksgaard.

Thorling, E. (2002): Et historisk tilbageblik. In Jensen, U. J., Fink, H. & Lystbæk, C. T. (ed.): *Humaniora & Sundhedsvidenskab* (pp. 40-62). Aarhus: Philosophia.

Tian, Y. & Robinson, R. D. (2008): Media Use and Health Information Seeking: An Empirical Test of Complementarity Theory. *Health Communication*, 23 (2), 184-190.

Tolmie, E., P., Lindsay, G. M., Kerr, S. M., Brown, M. R., Ford, I. & Gaw, A. (2003): Patients' Perspectives on Statin Therapy for Treatment of Hypercholesterolaemia: A Qualitative Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2,141-149.

Tsatsou, P. (2016): Can media and communication researchers turn the present challenges of research impact and interdisciplinarity into future opportunities? The *International Communication Gazette*, 78(7), 650–656.

Ulrich, J. (2006):Anthony Giddens – Demokratiske potentialer i det senmoderne samfund. In Jacobsen, M. H., Kristiansen, S. & Carleheden, M. (ed): *Tradition og fornyelse: en problemorienteret teorihistorie for sociologien* (pp. 471-492). Aalborg, Aalborg Universitetsforlag.

Vallgård, S. (2002): Social ulighed i sundhed som politisk problem. In Jensen, U. J., Fink, H. & Lystbæk, C. T. (ed.): *Humaniora & Sundhedsvidenskab* (pp. 77-88). Aarhus: Philosophia.

van Hunsel, F., Passier, A. & Grootheest, K. (2009): Comparing patients and healthcare professionals' ADR reports after media attention: The broadcast of a Dutch television programme about benefits and risks of Statins as an example. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(5), 558-564.

Viswanath, K. & Finnegan, J., R. J. (2002): Reflections on Community Health Campaigns: Secular Trends and the Capacity of Effect Change. In Hornik, R. C. (ed.): *Public Health Communication – Evidence for Behavior Change* (pp. 289-312). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Vorderer P., Steen F. & Chan E. (2006): Motivation. In Jennings, B. & Vorderer, P. (ed.): *Psychology of entertainment* (pp. 3-17). London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Wackerhausen, S. (2005): Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. In Jensen, U. J. & Andersen, P. F. (ed): *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis* (pp. 43-73). Aarhus: Filosofia.

- Waldahl, R. (1998): A Cognitive Perspective on Media Effects. In Höijer, B. & Werner, A. (ed): *Cultural Cognition – New Perspective in Audience Theory* (pp. 41-58). Nordicom
- Wallach-Kildemoes, H., Andersen, M., Diderichsen, F. & Lange, T. (2013): Adherence to preventive statin therapy according to socioeconomic position. *European Journal of Clinical Pharmacology* 69, 1553-1563.
- Wallach-Kildemoes, H., Støvring, H., Hansen, E. H., Howsw, K. & Péturson, H. (2015): Statin prescribing according to gender, age and indication: What about the benefit–risk balance? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2015, 1-12. doi: 10.1111/jep.12462. Epub 2015 Oct 8.
- Wei, M. Y., Ito, M. K., Cohen, J. D., Brinton, E. A. & Jacobson, T. A. (2013): Predictors of statin adherence, switching, and discontinuation in the USAGE survey: Understanding the use of statins in America and gaps in patient education. *Journal of Lipidology* 7, 472-483.
- Wilhelm A. G. (2000): *Democracy in the Digital Age: Challenge to Political Life in Cyberspace*. New York: Routledge.
- Wilken, L. (2014): *Bourdieu for begyndere*, Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Will, C. M. & Weiner, K. (2014): The drugs don't sell: DIY heart health and the over-the-counter statin experience. *Social Science & Medicine* 131, 280-288.
- Wimmer, R.D. (2012): *Mass Media Research*. Andover: Cengage Learning.
- World Health Organization (1948): *Constitution of the World Health Organization*. Geneva.
- World Health Organization (2004): *Global strategy on diet, physical activity and health*, (WHA57.17). Geneva.
- Wright K. B. (2008): New Technologies and Health Communication. In Wright K. B. & Moore S. D. (ed.): *Applied Health Communication* (pp. 63-84). Cresskill: Hampton Press.
- Zola, I. K. (1975): Medicine as an institution of social control. In Cox, C. & Mead, A. (ed.): *A sociology of medical practice* (pp. 170-246). London: Collier-Macmillan.